

# Impacto económico y organizativo de nuevas especialidades de enfermería

Análisis del impacto potencial  
de la aplicación del marco de  
Bolonia y de la implementación  
de las especialidades oficiales de  
enfermería, en este colectivo  
profesional, las instituciones  
donde trabajan y el sistema de  
salud de Cataluña

AATRM Núm. 2006/13

**INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN**  
MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO



MINISTERIO  
DE SANIDAD  
Y CONSUMO



Ministerio de Sanidad y Consumo  
AIÉ Agencia de Evaluación  
de Tecnologías Sanitarias



Generalitat de Catalunya  
Departament  
de Salut

# Impacto económico y organizativo de nuevas especialidades de enfermería

Análisis del impacto potencial de la aplicación del marco de Bolonia y de la implementación de las especialidades oficiales de enfermería, en este colectivo profesional, las instituciones donde trabajan y el sistema de salud de Cataluña

AATRM Núm. 2006/13

Impacto económico y organizativo de nuevas especialidades de enfermería / Ricard Gutiérrez Martí, Lena Ferrús Estopà, Mireia Subirana Casacuberta, Laia Pellejà Adalid.- Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya, 2007.- 182 p; 24 cm.- (Colección: Informes, estudios e investigación / Ministerio de Sanidad y Consumo Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias; AATRM 2006/13)

1. Enfermería - Formación Profesional

2. Enfermería - Aspectos Económicos

I. España. Ministerio de Sanidad y Consumo II. Cataluña. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya III. Cataluña. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques.

Dirección: Ricard Gutiérrez Martí

Autoría: Ricard Gutiérrez Martí, Lena Ferrús Estopà, Mireia Subirana Casacuberta, Laia Pellejà Adalid

Para citar este informe: Gutiérrez Martí R, Ferrús Estopà L, Subirana Casacuberta M, Pellejà Adalid L. Impacto económico y organizativo de nuevas especialidades de enfermería. Madrid: Plan Nacional para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2007. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. AATRM núm. 2006/13.

**Edita:** Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya  
Roc Boronat, 81-95 08005 Barcelona  
www.aatrm.net

**NIPO:** 477-08-025-4

**ISBN:** 978-84-393-7937-9

**Depósito Legal:** B-57449-2007

© Ministerio de Sanidad y Consumo

© Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya

Este documento puede ser reproducido parcial o totalmente para uso no comercial, siempre que se cite explícitamente su procedencia.

<http://publicaciones.administracion.es>

# Impacto económico y organizativo de nuevas especialidades de enfermería

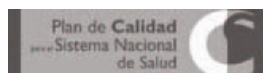
Análisis del impacto potencial  
de la aplicación del marco de  
Bolonia y de la implementación  
de las especialidades oficiales de  
enfermería, en este colectivo  
profesional, las instituciones  
donde trabajan y el sistema de  
salud de Cataluña

AATRM Núm. 2006/13

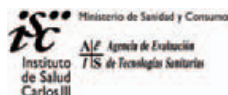
Este documento se ha realizado en el marco de colaboración previsto en el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, al amparo del convenio de colaboración suscrito por el Instituto de Salud Carlos III, organismo autónomo del Ministerio de Sanidad y Consumo, y la Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya.



MINISTERIO  
DE SANIDAD  
Y CONSUMO



Plan de Calidad  
para el Sistema Nacional  
de Salud



Ministerio de Sanidad y Consumo  
AEP Agència de Evaluació  
TIS de Tecnologia Sanitària  
Instituto  
de Salud  
Carlos III



Generalitat de Catalunya  
Departament  
de Salut

# Índice de autores

CÁTEDRA DE GESTIÓN, DIRECCIÓN Y ADMINISTRACIÓN  
SANITARIAS

Fundación Dr. Robert. Universidad Autónoma de Barcelona

Dirección

Dr. Ricard Gutiérrez Martí

Autores

Gutiérrez Martí, Ricard

Ferrús Estopà, Lena

Subirana Casacuberta, Mireia

Pellejà Adalid, Laia

Coordinación

Ferrús Estopà, Lena

Subirana Casacuberta, Mireia

Comisión asesora

Caja López, Carmen

Creus Virgili, Mariona

Esteve Ortega, Margarita

Esteve Reig, Júlia

Jodar Solà, Glòria

Peya Gascons, Margarita

Equipo técnico

Casanovas Calvet, Isabel

Dalmases Arnella, Martí (\*)

Moreno Lobera, David (\*)

Pellejà Adalid, Laia (\*)

Pongiluppi Ascon, Berta (\*)

Renom Matas, Montserrat(\*)

Verdera Batalla, Marta

Secretaria

González Isern, Cristina

---

(\*) Activa Prospect, SL (Research & Solutions)

## Entrevistas en profundidad

Caja López, Carmen  
Cuxart Ainaud, Núria  
Esteve Reig, Júlia  
Giménez Maroto, Ana  
Jiménez Ordóñez, Marisa  
Peya Gascons, Margarita

## Miembros de los grupos de discusión

Argelagués Vidal, Enric  
Armengol Rosell, Ricard  
Ballester Ferrando, David  
Ballús Molina, Rafael  
Baro Escales, Xavier  
Berenguer Maimó, Joan  
Brunat Gilabert, M<sup>a</sup> Elena  
Cabezas Peña, Carmen  
Casademont Gou, Josep  
Contel Segura, Joan Carles  
Cuevas Baticón, Blanca  
Daniel Díez, Jordi  
De Nadal Caparà, Juli  
Esgueva de Haro, Neus  
Espelt Aluja, Pilar  
Ferré Jornet, Imma  
Ferro García, Tàrsila  
Forés García, Dolors  
Gómez Moreno, Carmen  
González Cabezas, Luisa  
Guilera Roche, Amèlia  
Huguet Recasens, Mateu  
Iniesta Blanco, Cristina  
Isàbal Roca, Helena  
Jovell Fernández, Albert J  
Jovells Cases, Manel  
Junoy Guitart, Àngels  
Juvé Udina, Eulàlia  
Llobet Fernández-Grande, Emili  
Llorens Basses, Dolors  
Martí Carrasco, Núria  
Martín Sánchez, Andreu  
Ortega Matas, Cristina

Ortega Solsona, Olga  
Picas Vidal, Josep Manel  
Ricomà Muntané, Roser  
Ridao March, Maria Lluïsa  
Ris Romeu, Helena  
Ruiz García, Boi  
Soler Fàbregas, Marc  
Suñer Soler, Rosa  
Torrelles Pijuan, M<sup>a</sup> Jesus  
Torrens Sigalés, Rosa M<sup>a</sup>  
Vallribera Rodríguez, Pere  
Varela Pedragosa, Jordi  
Vilardell Tarrés, Miquel

Miembros del grupo de discusión para la preparación de la encuesta

Clemente Ibáñez, Pilar  
Cuesta Valero, Eva  
Folch Bouzas, Carme  
Lara Recio, David  
López González, Lucrecia  
Pons Lozano, Núria  
Rodríguez Sánchez, Amparo

Coordinadores del trabajo de campo en los centros (encuestas)

Aguirre Álava, Gurutze  
Amorós Miró, Gemma  
Bages Fortalín, Cristina  
Bosch Grau, Mercè  
Calvet Tort, Gemma  
Canet Ponsa, Montserrat  
Cirera Fulch, Meritxell  
Cisneros Antó, Àngels  
Claramunt Blanco, Núria  
Comellas Padró, Alba  
Coronado Navarro, Maite  
Esteve Casas, Maite  
Fernández Corcuera, Marta  
Fernández Ortega, Paz  
Fernández Ruiz, Jorge  
Forn Vilamajó, Núria  
García Mantas, Ascensión  
García Mercader, Isabel

Gea Sánchez, Montserrat  
González Perea, M<sup>a</sup> Socorro  
Hernández Vían, Oscar  
Hernández Villén, Olivia  
Jiménez Masfanos, Leonor  
Jover Malve, Montserrat  
Marcé Muhhe, Gemma  
Martín Abia, M<sup>a</sup> Consuelo  
Martín Martín, Alberto  
Martín Rubio, M<sup>a</sup> Mar  
Martín Viñolas, Teresa  
Martínez Simon, Esperanza  
Merino de los Santos, Petra  
Molas Puigvilà, Montserrat  
Molina Domec, Izarbe  
Morales Sierro, Montserrat  
Palau Cruells, Dolors  
Palou Aligué, Marta  
Rejón Bayo, Dori  
Reuelta Ordorica, Sofia  
Riba Bellera, Lydia  
Riba Samarra, Anna  
Riera Badia, M<sup>a</sup> Alba  
Rodríguez Gonzalvo, Aurora  
Romero Fraile, M<sup>a</sup> José  
Ros Prat, M<sup>a</sup> Teresa  
Sabater Raga, Rosa  
Salas Palazón, Jordi  
San Rafael Gutiérrez, Sabiñana  
Sánchez Rodríguez, M<sup>a</sup> Belen  
Sánchez Salido, Lia-Tamar  
Sancho Agredano, Raul  
Vaquerizo Cubero, Antoni

Grupo de expertos multidisciplinar

Almagro Lorca, M<sup>a</sup> Jesús  
Ballester Ferrando, David  
Ballús Molina, Rafael  
Berenguer Maimó, Joan  
Caja López, Carmen  
De Nadal Caparà, Juli  
Esteve Reig, Júlia



Espelt Aluja, Pilar  
Farré Calpe, Joan  
Ferro García, Tàrsila  
Jodar Solà, Glòria  
Jovells Cases, Manel  
Juvé Udina, Eulàlia  
Montes Pérez, Lluïsa  
Ortega Matas, Cristina  
Peya Gascons, Margarita  
Ridao March, Maria Lluïsa  
Ris Romeu, Helena  
Ruiz García, Boi  
Soler Fàbregas, Marc  
Varela Pedragosa, Jordi  
Verdaguer Puigvendrelló, Joaquim  
Vilardell Tarré, Miquel

Grupo de expertos de enfermeras hospitalarias

Andrés Carretero, Carme  
Arbués Visús, Teresa  
Balanyà Vilà, Montserrat  
Brunat Gilabert, M<sup>a</sup> Elena  
Cuevas Baticón, Blanca  
Esteve Reig, Júlia  
Farell Lluelles, Mercè  
Ferro García, Tàrsila  
Filat Fillat, Emma  
Juvé Udina, Eulàlia  
Llorens Basses, Dolors  
Martí Carrasco, Núria  
Ortega Matas, Cristina  
Ridao March, Maria Lluïsa  
Sanmartín Bardají, M<sup>a</sup> José

Grupo de expertos de enfermeras/os de hospital pediátrico monográfico

Boltá Fisa, Magda  
Fernández Corcuera, Marta  
García de Vicuña Muñoz de la Nava, Margarita  
Padró Hernández, María  
Puche Rubio, Guillem  
Sanfeliu Miró, Ramón

Grupo de expertos de enfermeras/os de atención primaria

Balaguer Cerdà, Núria

Brugués Brugués, Alba

Contel Segura, Joan Carles

Devant Altimir, Meritxell

García Gutiérrez, Cèlia

García Cerdán, Rosa M<sup>a</sup>

Lejardi Estévez, Yolanda

Martín Cardizales, Ruth

Pedret Llaveria, Roser

Potrony Cardeñes, Àngels

Torres Rosiñol, Montserrat

Zabaleta del Olmo, Edurne

## Centros

Atención primaria

CAP Alt Pirineu i Aran: Tremp

CAP Barcelona: Bartomeu Fabra - Gavà

CAP Barcelona: Bellvitge - Barcelona

CAP Barcelona: Camps Blancs - Sant Boi de Llobregat

CAP Barcelona: Can Adrià - Marc Aureli

CAP Barcelona: Concòrdia - Sabadell

CAP Barcelona: Gatassa - Mataró

CAP Barcelona: Maragall - Barcelona

CAP Barcelona: Plana Lledó - Mollet

CAP Barcelona: Sagrada Família - Barcelona

CAP Barcelona: Sant Antoni - Barcelona

CAP Barcelona: Sant Celoni

CAP Barcelona: Sant Llätzer - Terrassa

CAP Barcelona: Sant Martí - Barcelona

CAP Barcelona: Santa Rosa - Santa Coloma

CAP Barcelona: Sardenya - Barcelona

CAP Barcelona: Via Roma - Manso- Barcelona

CAP Camp de Tarragona: ABS Valls Urbà - Ignasi Sarró - Valls

CAP Camp de Tarragona: Falset

CAP Camp de Tarragona: Jaume I - Tarragona

CAP Catalunya Central: Les Bases de Manresa

CAP Catalunya Central: SAP Anoia

CAP Catalunya Central: Vic

CAP Girona: Blanes  
CAP Girona: Can Gibert de Pla - Girona  
CAP Girona: Garrotxa - Olot  
CAP Lleida: Mollerussa  
CAP Lleida: Santa Maria - Lleida  
CAP Terres de l'Ebre: Deltebre

#### Hospitales

Fundació Sant Hospital. La Seu d'Urgell  
Hospital Clínic i Provincial de Barcelona  
Hospital Comarcal de Móra d'Ebre - Grup Sagessa  
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona  
Hospital de Mataró - Consorci Sanitari del Maresme  
Hospital de Sant Jaume d'Olot  
Hospital de Santa Maria de Lleida  
Hospital de Terrassa - Consorci Sanitari de Terrassa  
Hospital del Mar - Institut Municipal d'Assistència Sanitària  
Hospital General de Granollers  
Hospital General de l'Hospitalet - Consorci Sanitari Integral  
Hospital Sant Joan de Déu d'Esplugues de Llobregat  
Hospital Sant Joan de Déu - Fundació Althaia  
Hospital Sant Pau i Santa Tecla de Tarragona  
Hospital Universitari de Bellvitge  
Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona  
Hospital Universitari Josep Trueta de Girona  
Hospital Universitari Vall d'Hebron - Àrea de Traumatologia i Rehabilitació  
Hospital Universitari Vall d'Hebron - Àrea General  
Hospital Universitari Vall d'Hebron - Àrea Maternoinfantil  
Institut Català d'Oncologia de l'Hospitalet de Llobregat



# Índice

|   |           |
|---|-----------|
| <b>RESUMEN</b>  | <b>25</b> |
| <b>ABSTRACT</b>   | <b>27</b> |
| <b>JUSTIFICACIÓN</b>  | <b>29</b> |
| <b>INTRODUCCIÓN</b>   | <b>31</b> |
| <b>FINALIDAD Y OBJETIVOS</b>  | <b>33</b> |
| Finalidad   | 33        |
| Objetivos   | 33        |
| <b>METODOLOGÍA</b>  | <b>35</b> |
| <b>FASES DEL ESTUDIO</b>  | <b>37</b> |
| Contexto de estudio   | 39        |
| Fase 1. La evolución del perfil profesional y de los estudios universitarios de enfermería en el marco de Bolonia | 39        |
| Tipo de investigación   | 39        |
| Participantes   | 40        |
| Recogida de datos   | 41        |
| Análisis  | 42        |
| Aspectos éticos   | 42        |
| Fase 2. Estado de opinión y expectativas de los actores implicados  | 43        |
| Tipo de investigación   | 43        |
| Grupos de discusión   | 43        |
| Encuesta  | 44        |
| Participantes   | 44        |
| Grupos de discusión   | 44        |
| Encuesta  | 45        |
| Tamaño de la muestra  | 45        |
| Selección de la muestra   | 46        |

|  |           |
|--|-----------|
| Recogida de datos  | 47        |
| Grupos de discusión  | 47        |
| Encuesta   | 48        |
| Análisis   | 49        |
| Grupos de discusión  | 49        |
| Encuesta   | 49        |
| Aspectos éticos  | 50        |
| <b>Fase 3. Definición de los escenarios de impacto en el perfil profesional de enfermería</b>                            | <b>50</b> |
| Tipo de investigación  | 50        |
| Participantes  | 51        |
| Recogida de datos  | 51        |
| Análisis   | 52        |
| Aspectos éticos  | 52        |
| <b>Fase 4. Estimación de la repercusión económica</b>  | <b>52</b> |
| Tipo de investigación  | 52        |
| Participantes  | 53        |
| Recogida de datos  | 53        |
| Análisis   | 53        |
| Aspectos éticos  | 53        |
| <br>   |           |
| <b>RESULTADOS</b>  | <b>55</b> |
| <b>Fase 1. La evolución del perfil profesional y de los estudios universitarios de enfermería en el marco de Bolonia</b> | <b>55</b> |
| <b>Resultados del análisis documental</b>  | <b>55</b> |
| <b>Sistema de salud en Cataluña</b>  | <b>55</b> |
| Características básicas del sistema  | 55        |
| Datos del sistema  | 57        |
| Contactos*   |           |
| <b>Perfil profesional de las enfermeras</b>  | <b>62</b> |
| Perfil profesional de las enfermeras en España   | 62        |
| Ejercicio de la profesión  | 62        |
| Código deontológico  | 63        |
| Formación inicial de las enfermeras  | 64        |
| Especialidades de enfermería   | 66        |

---

\* Se considera contacto cada vez que un enfermo accede a un hospital general de agudos para recibir cualquier tipo de asistencia

|  |           |
|--|-----------|
| Formación continuada de las enfermeras   | 69        |
| Investigación en enfermería  | 70        |
| Revistas y publicaciones de enfermería   | 70        |
| Perfil profesional de las enfermeras y el CIE                                  | 70        |
| Definición de la enfermera según el CIE  | 71        |
| Marco de competencias de la enfermera según el CIE                             | 71        |
| Perfil profesional de las enfermeras europeas                                  | 71        |
| Ejercicio de la profesión  | 71        |
| <b>Estudios de enfermería en Europa</b>  | <b>76</b> |
| Reformulación de los estudios universitarios de enfermería y perfil resultante | 76        |
| La convergencia en el Espacio Europeo de Educación Superior                    | 76        |
| La docencia en el nuevo entorno del Espacio Europeo de Educación Superior      | 77        |
| Perfil profesional de los titulados en enfermería: título de Grado             | 77        |
| Competencias transversales del título de Grado de Enfermería                   | 79        |
| <b>Oferta de titulados en Cataluña</b>   | <b>81</b> |
| Análisis cuantitativo del número de titulados                                  | 81        |
| <b>Resultados de las entrevistas en profundidad</b>                            | <b>83</b> |
| Evolución de la profesión: individual y colectiva                              | 83        |
| Formación enfermera  | 84        |
| Carrera profesional vs. carrera académica                                      | 85        |
| Propuesta y oferta del sistema   | 85        |
| <b>En torno a las especialidades</b>   | <b>86</b> |
| Calendario de implementación   | 87        |
| Representación de las sociedades científicas                                   | 87        |
| Reconocimiento profesional   | 87        |
| Competencias   | 88        |
| Especialidades y puestos de trabajo  | 89        |
| Especialidades y doctorado   | 89        |
| <b>Fase 2. Estado de opinión y expectativas de los actores implicados</b>      | <b>89</b> |
| <b>Resultados de los grupos de discusión</b>                                   | <b>89</b> |
| <b>Aspectos críticos de la situación actual</b>                                | <b>90</b> |
| Distancia entre el ámbito académico y el laboral                               | 90        |
| Sistema sanitario insostenible   | 91        |
| La polivalencia  | 91        |
| El trabajo en equipo: la asignatura pendiente                                  | 91        |

|  |            |
|--|------------|
| <b>Aspectos positivos del cambio de formación<br/>y perfil profesional enfermero</b> | <b>91</b>  |
| El proceso de desarrollo enfermero: de ayudantes<br>técnicos sanitarios a Grado      | 91         |
| La unificación con los estudios universitarios<br>de la Europa Comunitaria           | 92         |
| El cambio de modelo pedagógico   | 92         |
| <b>Estudios de Grado</b>   | <b>92</b>  |
| Distancia universidades-organizaciones   | 92         |
| Falta de enfermeras  | 93         |
| Puestos de trabajo y perfil de profesionales   | 94         |
| Trabajo en equipo  | 95         |
| Impacto económico  | 95         |
| Aportaciones y propuestas  | 96         |
| <b>Especialidades oficiales de Enfermería</b>  | <b>99</b>  |
| Distanciamiento de los responsables de la formación respecto<br>a las organizaciones | 100        |
| Puestos de trabajo y perfil de la especialista                                       | 101        |
| Impacto económico  | 102        |
| Aportaciones y propuestas  | 103        |
| <b>Resultados de la encuesta</b>   | <b>103</b> |
| <b>Perfil de la población entrevistada</b>   | <b>106</b> |
| Características sociodemográficas  | 106        |
| Características laborales y del centro de trabajo                                    | 108        |
| Años trabajados  | 108        |
| Centros y ámbitos de trabajo   | 109        |
| Especialidad   | 113        |
| Funciones y tareas docentes  | 118        |
| Turnos horarios  | 120        |
| <b>Título de Grado de Enfermería</b>   | <b>121</b> |
| Nivel de conocimiento  | 122        |
| Valoraciones en torno al título de Grado   | 124        |
| Cambios en las tareas de los profesionales de enfermería                             | 128        |
| Falta de conocimientos y destrezas   | 128        |
| Nuevas funciones, nuevos cargos y traspaso de tareas<br>de médicos a enfermeras      | 129        |
| Nuevas demandas a las enfermeras   | 132        |
| <b>Título de especialista</b>  | <b>133</b> |
| Nivel de conocimiento  | 133        |



|  |            |
|--|------------|
| Especialidades carentes  | 136        |
| Expertez vs. especialidad  | 137        |
| <b>Valoraciones en torno a las especialidades</b>  | <b>142</b> |
| <b>Fase 3. Definición de los escenarios de impacto en el perfil profesional de enfermería</b>  | <b>152</b> |
| <b>Resultados de los grupos de expertos (mini-Delphi)</b>                                      | <b>152</b> |
| Estudios de Grado  | 152        |
| <b>Especialidades oficiales de Enfermería</b>  | <b>153</b> |
| Grupo de expertos multidisciplinar   | 153        |
| Grupo de expertos de enfermeras hospitalarias  | 154        |
| Grupo de expertos de enfermeras de atención primaria   | 156        |
| Grupo de expertos de enfermeras de un hospital pediátrico monográfico de alta tecnología       | 157        |
| <b>Fase 4. Estimación de la repercusión económica</b>  | <b>158</b> |
| <b>Resultados del estudio económico</b>  | <b>158</b> |
| <br>   |            |
| <b>DISCUSIÓN</b>   | <b>161</b> |
| Grado de conocimiento  | 161        |
| Opinión sobre el impacto del título de Grado de Enfermería                                     | 161        |
| Reconocimiento social  | 161        |
| Efectos del cuarto año de estudios   | 162        |
| Equiparación con otros títulos de Grado  | 162        |
| Trabajo en equipo  | 162        |
| Nuevas funciones   | 162        |
| Flujos de transferencia de trabajo   | 163        |
| Demandas de los centros a las enfermeras   | 163        |
| Opinión sobre el impacto de la aprobación de las nuevas Especialidades oficiales de Enfermería | 164        |
| El perfil del profesional de enfermería especialista actual                                    | 164        |
| Demanda de convalidación y especialistas   | 164        |
| Experta vs. generalista  | 165        |
| Reconocimiento de la especialidad  | 165        |
| Flujos de transferencia de trabajo   | 165        |
| Especialidad y puestos de trabajo  | 165        |
| Especialista vs. experto   | 166        |
| Impacto económico  | 166        |
| Cambio en el reconocimiento económico  | 166        |

|  |            |
|--|------------|
| <b>CONCLUSIONES</b>                      | <b>167</b> |
| <b>RECOMENDACIONES</b>                   | <b>169</b> |
| <b>ABREVIACIONES</b>                     | <b>171</b> |
| <b>BIBLIOGRAFÍA</b>                      | <b>173</b> |
| <b>ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO</b> | <b>181</b> |

## Índice de tablas y figuras

### Relación de tablas

|   |    |
|---|----|
| Tabla 1: Fases del estudio y su relación con los objetivos  | 37 |
| Tabla 2: Resumen de los aspectos metodológicos  | 38 |
| Tabla 3: Preguntas utilizadas como guión de la entrevista   | 42 |
| Tabla 4: Errores de muestreo según estrato  | 46 |
| Tabla 5: Tópicos explorados en los grupos de discusión  | 48 |
| Tabla 6: Características de los centros estudiados  | 53 |
| Tabla 7: Datos poblacionales del sistema sanitario catalán  | 57 |
| Tabla 8: Equipos de atención primaria en funcionamiento el año 2005   | 58 |
| Tabla 9: Puestos de trabajo de médicos y enfermeras de atención primaria por cada 10.000 habitantes el año 2005   | 58 |
| Tabla 10: Frecuentación en los equipos de atención primaria (EAP)   | 59 |
| Tabla 11: Centros de la red hospitalaria de utilización pública el año 2005   | 59 |
| Tabla 12: Número de camas el año 2005   | 60 |
| Tabla 13: Distribución y estancia media de los episodios de hospitalización convencional y CMA financiados por CatSalut por región sanitaria del hospital durante el año 2005 | 60 |
| Tabla 14: Materias troncales del plan de estudios   | 65 |
| Tabla 15: Funciones de las enfermeras en Bélgica (Conseil National de l'Art Infirmier, 1992)  | 73 |
| Tabla 16: Funciones y responsabilidades de las enfermeras en España (I) (Real Decreto 1231/2001)  | 73 |
| Tabla 17: Competencias de las enfermeras en España (II)   | 74 |
| Tabla 18: Actividades de las enfermeras en Francia (Décret n° 93-345)   | 74 |

|  |     |
|--|-----|
| Tabla 19: Competencias de las enfermeras en Inglaterra<br>(Nursing & Midwifery Council, 2006)                            | 75  |
| Tabla 20: Funciones específicas de las enfermeras en Irlanda<br>(Irish Nursing Organization, 2007)                       | 75  |
| Tabla 21: Áreas de actuación de las enfermeras en Portugal<br>(Decreto Ley 437/91)                                       | 75  |
| Tabla 22: Competencias transversales según orden de importancia  | 80  |
| Tabla 23: Número de titulados en Cataluña durante el período 2000-2006   | 82  |
| Tabla 24: Temas principales de las entrevistas en profundidad  | 83  |
| Tabla 25: Distribución de la muestra y diseño inicial  | 104 |
| Tabla 26: Distribución de la muestra final, datos obtenidos y ponderación  | 105 |
| Tabla 27: Distribución de los encuestados según tipo de centro y región<br>sanitaria                                     | 111 |
| Tabla 28: Distribución del colectivo médico del ámbito hospitalario<br>según unidades de trabajo                         | 111 |
| Tabla 29: Distribución del colectivo enfermero del ámbito hospitalario<br>según unidades de trabajo                      | 112 |
| Tabla 30: Distribución del colectivo de auxiliares de enfermería del<br>ámbito hospitalario según unidades de trabajo    | 112 |
| Tabla 31: Distribución de las enfermeras según tareas docentes   | 119 |
| Tabla 32: Distribución de las enfermeras según turno/horario de trabajo  | 120 |
| Tabla 33: Perfil de personas que tienen un conocimiento alto de la<br>aprobación del nuevo título de Grado de Enfermería | 123 |
| Tabla 34: Conocimientos y destrezas deficitarios entre enfermeras noveles  | 129 |
| Tabla 35: Nuevas funciones que podrán hacer las enfermeras desde<br>el punto de vista asistencial                        | 130 |
| Tabla 36: Nuevos cargos que podrán ocupar las enfermeras<br>en el sistema sanitario                                      | 130 |
| Tabla 37: Trabajos que hacen los médicos que podrían hacer las enfermeras  | 131 |
| Tabla 38: Nuevas demandas que reciben las enfermeras por parte de los<br>centros sanitarios                              | 132 |
| Tabla 39: Perfil de personas que tienen un conocimiento alto<br>de la aprobación del decreto de especialidades           | 135 |
| Tabla 40: Especialidades de enfermería que se echan de menos<br>a parte de las oficiales                                 | 136 |
| Tabla 41: Ámbito de expertise de las enfermeras  | 137 |
| Tabla 42: Lugar de trabajo del ámbito hospitalario por el que<br>se recomienda tener una especialidad                    | 138 |
| Tabla 43: Especialidades recomendables para quirófano  | 139 |
| Tabla 44: Especialidades recomendables para las unidades de críticos<br>y semicríticos                                   | 139 |

|  |     |
|--|-----|
| Tabla 45: Especialidades recomendables para urgencias  | 140 |
| Tabla 46: Especialidades recomendables para radiología, radioterapia y medicina nuclear  | 140 |
| Tabla 47: Especialidades recomendables para las unidades de hospitalización  | 141 |
| Tabla 48: Especialidades recomendables para consulta externa y gabinetes de exploración  | 141 |
| Tabla 49: Ámbitos a los cuales se asocia la especialidad Médico-Quirúrgica   | 142 |
| Tabla 50: Motivos por los que se considera necesario tener una especialidad de enfermería  | 151 |
| Tabla 51: Dimensionamiento de las enfermeras especialistas para los hospitales de agudos   | 155 |
| Tabla 52: Dimensionamiento de las enfermeras especialistas para un hospital pediátrico monográfico y de alta tecnología                              | 157 |
| Tabla 53: Impacto económico potencial de la implementación de las especialidades en atención primaria  | 158 |
| Tabla 54: Impacto económico sobre la masa salarial de las enfermeras en atención primaria  | 158 |
| Tabla 55: Impacto económico potencial de la implementación de las especialidades en los hospitales de agudos y monográfico pediátrico                | 159 |
| Tabla 56: Impacto económico potencial sobre la masa salarial de las enfermeras en los hospitales de agudos y hospital monográfico de alta tecnología | 160 |

### **Relación de figuras**

|  |     |
|--|-----|
| Figura 1: Distribución de los encuestados según el colectivo profesional                                   | 106 |
| Figura 2: Distribución de los encuestados según el colectivo profesional y el sexo                         | 107 |
| Figura 3: Distribución de los encuestados según el colectivo profesional y la edad                         | 108 |
| Figura 4: Distribución de los encuestados según el colectivo profesional y años trabajados                 | 109 |
| Figura 5: Distribución de los encuestados según el colectivo profesional y el tipo de centro               | 110 |
| Figura 6: Proporción de médicos con especialidad   | 113 |
| Figura 7: Distribución del colectivo médico según tipo de especialidad y tipo de centro de trabajo         | 114 |
| Figura 8: Proporción de enfermeras con especialidad  | 115 |
| Figura 9: Distribución de las enfermeras según años de trabajo y en función de si tienen o no especialidad | 116 |
| Figura 10: Distribución de las enfermeras según tipo de especialidad y tipo de centro de trabajo           | 117 |

|   |     |
|---|-----|
| Figura 11: Motivos por los que se ha tramitado o se está tramitando la convalidación de alguna especialidad de enfermería                       | 118 |
| Figura 12: Distribución de las enfermeras según tareas docentes y tipo de centro de trabajo   | 119 |
| Figura 13: Distribución de las enfermeras según turno horario de trabajo y función  | 121 |
| Figura 14: Nivel de conocimiento de la aprobación del nuevo título de Grado de Enfermería según colectivo profesional                           | 122 |
| Figura 15: Grado de acuerdo en torno al título de Grado por parte de las personas con un conocimiento elevado de la cuestión                    | 124 |
| Figura 16: Distribución de las valoraciones en torno al título de Grado   | 125 |
| Figura 17: Diferencias en el grado de acuerdo en torno al título de Grado según colectivo profesional   | 127 |
| Figura 18: Nivel de conocimiento de la aprobación del Real Decreto sobre las Especialidades oficiales de Enfermería según colectivo profesional | 134 |
| Figura 19: Grado de acuerdo en torno a las especialidades   | 143 |
| Figura 20: Distribución de las valoraciones en torno a las especialidades   | 145 |
| Figura 21: Diferencias en el grado de acuerdo en torno a las especialidades según colectivo profesional   | 146 |
| Figura 22: Grado de necesidad de las especialidades   | 147 |
| Figura 23: Distribución del grado de necesidad de las especialidades  | 149 |
| Figura 24: Diferencias en el grado de necesidad de las especialidades según colectivo profesional   | 150 |

Con la finalidad de facilitar la lectura de este documento, el nombre “enfermera” designa a la vez a los enfermeros y las enfermeras. Del mismo modo el término “médico” designa a los dos géneros.

# Resumen

**Antecedentes:** La adaptación al Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) y a las nuevas especialidades representan un reto para los profesionales, las instituciones y el sistema de salud.

**Objetivo:** Evaluación del impacto organizacional y económico de la aplicación del EEES y de la implementación de las nuevas especialidades de enfermería en el sistema de salud de Cataluña.

**Metodología:** Estudio prospectivo y descriptivo, utilizando métodos cualitativos y cuantitativos (entrevistas en profundidad, grupos de discusión y cuestionarios a enfermeras, médicos y auxiliares de enfermería) que ha permitido establecer escenarios para la estimación de la posible repercusión sobre aspectos relevantes de la profesión y el potencial impacto económico.

**Resultados:** Han participado 50 centros (hospitales y atención primaria) y se distribuyeron 1.061 cuestionarios con una participación del 93,6%. Un 11,5% de profesionales tienen un conocimiento alto en relación al título de Grado, y un 18,2% en relación a las especialidades. Los participantes opinan que el título de Grado va a representar un paso adelante en el reconocimiento social de la profesión Enfermera y que las especialidades de enfermería tendrán un impacto económico. Se echan de menos algunas especialidades, mientras que la especialidad de Enfermería Médico-Quirúrgica parece demasiado amplia.

**Conclusiones y recomendaciones:** Existe un alto desconocimiento de los cambios derivados del EEES y de las especialidades y un evidente acuerdo (encuestas y grupos de discusión) en que estos cambios significarán un mayor reconocimiento social y en que los efectos del cuarto año comportarán una mayor madurez y preparación de los nuevos profesionales. Existen visiones diferentes en relación a la transferencia de flujos de trabajo. Se recomienda realizar un plan de comunicación para dar a conocer el significado de estos cambios. Habrá que articular el reconocimiento social y económico. Para gestionar las transferencias de flujos de trabajo es necesario un consenso interprofesional.

**Palabras clave:** enfermería; Bolonia; especialidades; sistema de salud; Espacio Europeo de Educación Superior.





# Abstract

**Background:** European Higher Education Area (EHEA) and new specialities adaptation represent a challenge for professionals, institutions and the health system.

**Aims:** Evaluation of organisational and economic impact of the implementation of EHEA and the new nursing specialities in Catalan health system.

**Methods:** Prospective and descriptive study, using qualitative and quantitative methods (in-depth interviews, focus groups and questionnaires to nurses, doctors and nursing assistants), which has helped to establish scenarios for the estimation of the potential impact on relevant aspects of the nursing profession and the potential economic impact.

**Results:** 50 centres were included (hospitals and primary care) and 1061 questionnaires were distributed (response rate 93.6%). 11.5% of professionals have a high awareness in relation to the degree level, and 18.2% in relation to the specialities. The participants believe that the degree level will represent a step forward in the professional nurse status on the other hand nursing specialities will have an economic impact. Some specialities are missing, while the medical-surgical nursing speciality seems too broad.

**Conclusions and recommendations:** High ignorance of the changes arising from the EHEA and specialities. Evident agreements (surveys and focus groups) that these changes will mean a greater social recognition and that the effects of the fourth year entail greater maturity and preparation of new professionals. There are different views in relation to the transfer of workflow. Conduct a communications plan to publicise the significance of these changes is recommended as well as establish a way to articulate the social and economic recognition. To manage the transfer of workflow is necessary to get consensus.

**Keywords:** Nursing; Bologna; Specialities; Health System; European Higher Education Area.



# Justificación

El EEES, definido por las declaraciones de la Sorbona (1998), Bolonia (1999), el comunicado de Praga (2001), las declaraciones de Berlín (2003) y Bergen (2005) y el comunicado de Londres (2007), constituye el marco bajo el cual se armonizarán los estudios universitarios europeos. La convergencia en el EEES comporta la introducción de cambios sustanciales tanto en la estructura como en el funcionamiento de las actuales instituciones universitarias. Por esta razón, la gran mayoría de países, gobiernos, administraciones y universidades europeas están reformando sus sistemas de educación superior con la finalidad de adaptarlos a los requisitos que establecen estas declaraciones. La Directiva de la Unión Europea, [COM(2002) 119 final - 2002/0061 (COD)], establece que los programas de formación de titulados de enfermería europeos deben formalizar las 4.600 horas o los 3 años de duración. Los cambios que sucederán durante los próximos años en la educación superior afectarán a las profesiones y enfermería no será una excepción.

El proceso de formación va a ser diferente al actual y, por lo tanto, puede representar un impacto sobre el perfil del profesional enfermero. Al modificarse las competencias y las expectativas de los profesionales, pueden producirse cambios tanto a nivel laboral como en las organizaciones y en el sistema de salud para dar respuesta a las demandas que han generado los cambios sociales, profesionales y legislativos ocurridos en los últimos años.

El sector de las profesiones sanitarias, y en especial de los profesionales de enfermería, tiene unas especificidades que los singularizan respecto a otras muchas profesiones en la convergencia hacia el EEES. A nivel nacional, la publicación del Real Decreto 450/2005 de 22 de abril sobre Especialidades de Enfermería tiene una gran importancia, ya que, de alguna forma, debe confluir con el EEES. Del mismo cabe destacar que:

1. Los nuevos másteres oficiales no podrán coincidir con las “especialidades oficiales”, ya que la ley así lo indica.
2. Es probable que se generen nuevas expectativas profesionales, económicas y laborales.
3. A pesar de que se desconozca cuál va a ser el impacto que produzca la convergencia hacia el EEES y la aplicación del Real Decreto sobre las Especialidades de Enfermería, seguro que tendrá algún impacto sobre las organizaciones sanitarias (centros de asistencia primaria y

hospitales) y sobre el conjunto del sistema, tanto en la calidad de los cuidados como en el funcionamiento y el gasto.

Este estudio se lleva a cabo para dar respuesta a la necesidad de valorar este impacto y de aportar información útil a los responsables públicos para el diseño de las políticas de salud de los próximos años.

# Introducción

Uno de los principales retos que aparece en el sistema sanitario de Cataluña, como en toda Europa, es afrontar los problemas de salud relacionados con las enfermedades cardiovasculares y respiratorias, el cáncer, los trastornos mentales, las lesiones e incapacidades derivadas de los accidentes y el estilo de vida; y las necesidades derivadas del envejecimiento, el medio ambiente y el entorno social (migración, estructura familiar y social). Ante esta situación, tienen cada vez más importancia los aspectos relativos al cuidado de las personas y, por lo tanto, previsiblemente puede haber una mayor necesidad de enfermeras.

La Ley General de Sanidad del año 1986 declaró la universalización de la asistencia sanitaria para todos los ciudadanos en el marco de un Sistema Nacional de Salud. Cataluña, con la aprobación de la Ley de Ordenación Sanitaria, el año 1990 (LOSC), sentó las bases del sistema sanitario catalán actual mediante la consolidación de la provisión de servicios a través de una red de utilización pública de todos los recursos de salud, al margen de su titularidad patrimonial, iniciada en el año 1985. El ciudadano espera del sistema la capacidad de hacer frente a cualquier enfermedad y resolver la mayor parte de sus problemas de salud sin limitaciones de conocimientos y de recursos. Por otra parte el creciente desarrollo tecnológico comporta un incremento de los costes de la atención de salud que ponen en tensión al sistema y hay que encontrar respuestas adecuadas a las necesidades y a las demandas de la población.

Según el Instituto de Estadística de Cataluña (IDESCAT), la población actual de Cataluña es de más de siete millones. El *Llibre blanc de les professions sanitàries* (LBPS) en 1999 preveía que hasta el 2030 no se llegaría a una población de siete millones. El fenómeno migratorio que vive actualmente Cataluña es superior al que se preveía hace unos años y está produciendo un fuerte impacto sobre los servicios de salud. El constante aumento de la esperanza de vida al nacer en Cataluña (84,04 para las mujeres y 77,41 para los hombres, el año 2005) es uno de los indicadores de mayor impacto social en su conjunto y también del sistema sanitario, pero, a su vez, este envejecimiento tiene importantes repercusiones en las necesidades de salud de la población, el incremento en la frecuentación de los servicios asistenciales y en la complejidad de los propios procesos de salud.

En este entorno, es donde trabajan unos profesionales de salud, que también han vivido transformaciones en los últimos 30 años, como son: la feminización de la profesión médica y la falta de profesionales de enfermería entre los más destacables.

Los profesionales de enfermería de Cataluña que están en activo en el ámbito del sistema sanitario están muy bien considerados en Europa. A pesar de ello, hay una necesidad de mejorar la adecuación cuantitativa y cualitativa a las nuevas necesidades que se presentan. En Cataluña hay 37.765 enfermeras colegiadas (Consejo de Colegios de Diplomados en Enfermería de Cataluña, 2006) y el número de enfermeras por cada 100.000 habitantes es de 588,52, mientras que en Francia o el Reino Unido es de 749 y 1.241, respectivamente (Consejo General de Enfermería, 2007). La migración profesional de enfermeras hacia Europa como consecuencia de la precariedad de los contratos ha producido, junto a una reducción del número de estudiantes de enfermería, una falta de profesionales durante todo el año que se agudiza durante los períodos vacacionales.

En este entorno se enmarca la aplicación de la Declaración de Bolonia (1999), firmada por veintinueve países europeos, que pone las bases para la construcción de un Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) organizado de acuerdo a los principios de calidad, movilidad, diversidad, competitividad y orientación, y el Real Decreto sobre las especialidades de enfermería (Real Decreto 450/2005). La Declaración de Bolonia pretende suprimir las barreras que existen para la libre movilidad de los profesionales por toda Europa. Los países europeos se encuentran, desde hace unos años, en un proceso de profundo cambio. En Europa tiene lugar un proceso de convergencia imparable que lleva a compartir y armonizar muchas políticas entre sus Estados miembros. En la actualidad, se está construyendo el espacio europeo del conocimiento, en el que se incluye el Espacio Europeo de Educación Superior, que debe permitir situar a Europa como un continente donde la investigación y el desarrollo sean sus pilares. Esta situación de cambio ha promovido en los últimos años la reflexión sobre varios ámbitos como la cultura o la calidad de vida de los ciudadanos europeos, la formación en todos los niveles y a lo largo de la vida, y la educación, especialmente los estudios universitarios, no son una excepción. Con este referente de fondo, los ministros de educación superior de un gran número de países europeos iniciaron la creación del EEES.

# Finalidad y objetivos

## Finalidad

Analizar el impacto potencial o previsible de la aplicación del marco de Bolonia y de la puesta en marcha de las Especialidades oficiales de Enfermería en este colectivo de profesionales, en las instituciones donde trabajan, y en el sistema de salud de Cataluña, considerando diferentes niveles como son el ámbito de los procesos de trabajo, la organización y calidad del trabajo profesional y el funcionamiento del sistema.

## Objetivos

1. Describir qué implica la aplicación de aquello que se desprende de la Declaración de Bolonia con respecto al perfil profesional resultante comparativamente al actual, con relación a competencias y funciones.
2. Disponer de las opiniones y posicionamientos de los diferentes actores presentes en el despliegue de las especialidades oficiales y del título de Grado de Enfermería para poder definir los posibles escenarios de evolución.
3. Valorar el impacto de la aplicación de la Declaración de Bolonia en relación a los aspectos más relevantes para la profesión de enfermera para poder hacer una buena planificación de las políticas del sistema de salud:
  - a) Flujos de transferencias de trabajo entre profesionales médicos y de enfermería y de enfermería y auxiliares.
  - b) Incidencia en la necesidad de profesionales de enfermería (necesidad de las organizaciones proveedoras de servicios sanitarios y del sistema).
  - c) Incidencia en la demanda previsible de acceso a la profesión de enfermera.
  - d) Equilibrio entre la oferta disponible de profesionales de enfermería y la necesidad de profesionales de enfermería por parte del sector.

4. Valorar el impacto que podría tener la puesta en marcha de las Especialidades oficiales de Enfermería en relación con el contenido y la organización del trabajo, los cambios de carácter laboral que esto podría generar y los flujos de transferencias de competencias con otros estamentos.
5. Aproximarse a la repercusión económica que los diferentes escenarios de evolución de la profesión de enfermera pueden tener sobre los diferentes niveles asistenciales del sistema de salud de Cataluña.



# Metodología

Este apartado metodológico se inicia describiendo algunos pasos previos realizados antes de la puesta en marcha del estudio. Con la finalidad de garantizar su adecuada evolución y finalización, así como el rigor metodológico, se estableció una comisión asesora, una coordinación y una dirección del estudio.

Los miembros de la comisión asesora, las personas encargadas de la coordinación y la dirección han sido responsables del seguimiento, del contraste, de la evolución y de la validación de las herramientas de trabajo (guiones de las entrevistas y de los grupos de discusión, cuestionario de la encuesta, etc.), así como de la redacción (coordinadoras) y de la revisión de la memoria preliminar y memoria final de este estudio (comisión asesora y dirección).

A continuación se indican los miembros que han formado parte de la comisión asesora, los coordinadores y la dirección del estudio.

Comisión asesora:

**Carmen Caja:** Asesora del Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya.

**Mariona Creus:** Decana del Consejo de Colegios de Diplomados en Enfermería de Cataluña.

**Júlia Esteve:** Directora de la Escuela Universitaria de Enfermería del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Universidad Autónoma de Barcelona (UAB).

**Margarita Esteve:** Directora de Enfermería del Consorcio Sanitario de Mataró.

**Glòria Jodar:** Coordinadora de Programas de Enfermería de Atención Primaria del Instituto Catalán de la Salud (ICS).

**Marga Peya:** Directora de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Barcelona (UB).

Coordinación:

**Lena Ferrús:** Directora de Enfermería del Hospital General de l'Hospitalet.

**Mireia Subirana:** Profesora de la Escuela Universitaria de Enfermería del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Universidad Autónoma de Barcelona (UAB).

Dirección:

**Ricard Gutiérrez:** Director de la Cátedra de Gestión, Dirección y Administración Sanitarias. Fundación Dr. Robert. Universidad Autónoma de Barcelona (UAB).



# Fases del estudio

Para la realización de este estudio se ha utilizado la perspectiva mixta que ha permitido desarrollar un diseño de investigación que da respuesta a los cinco objetivos del estudio. La Tabla 1 muestra las cuatro fases del estudio junto con los objetivos a los que se ha pretendido dar respuesta.

| <b>Tabla 1. Fases del estudio y su relación con los objetivos</b>  |   |
|--|---|
| <b>Fases del estudio</b>   | <b>Objetivos</b>  |
| <b>Fase 1:</b><br>Evolución del perfil profesional y de los estudios universitarios de enfermería en el marco de Bolonia | <b>1.</b> Describir qué implica la aplicación de la Declaración de Bolonia con respecto al perfil profesional resultante comparativamente al actual, con relación a competencias y funciones.   |
| <b>Fase 2:</b><br>Estado de opinión y expectativas de los actores implicados   | <b>2.</b> Disponer de las opiniones y posicionamientos de los diferentes actores presentes en el despliegue de las especialidades oficiales de enfermería para poder definir los posibles escenarios de evolución.  |
| <b>Fase 3:</b><br>Definición de los escenarios de impacto en el perfil profesional de enfermería                         | <b>3.</b> Valoración del impacto de la aplicación de la Declaración de Bolonia en lo que respecta a los aspectos más relevantes para la profesión de enfermera para poder hacer una buena planificación de las políticas del sistema de salud.<br><b>4.</b> Valoración del impacto que podría tener la puesta en marcha de las Especialidades oficiales de Enfermería en relación con el contenido y la organización del trabajo, los cambios de carácter laboral que esto podría generar, y los flujos de transferencias de competencias con otros estamentos. |
| <b>Fase 4:</b><br>Estimación de la repercusión económica   | <b>5.</b> Aproximación a la repercusión económica que los diferentes escenarios de evolución de la profesión de enfermera pueden tener sobre los diferentes niveles asistenciales del sistema de salud de Cataluña.   |

La perspectiva de investigación mixta permite combinar las perspectivas epistemológicas cualitativa y cuantitativa (Johnson, 2007). Morgan (1998), a partir de señalar cuál de las dos perspectivas tradicionales es la primaria y cuál es la secundaria, describió cuatro maneras de combinar ambas perspectivas. La utilización en primer lugar de un enfoque cualitativo como método secundario para que los datos cualitativos se empleen como base para la recogida y para la interpretación de los datos cuantitativos, corresponde a la primera combinación de las perspectivas cualitativas y cuantitativas descritas por este autor.

Se trata de un estudio prospectivo, descriptivo, en el que se han combinado métodos cualitativos y cuantitativos usando entrevistas en profundidad, grupos de discusión y cuestionarios. Los métodos cualitativos, además de generar los datos de las fases 1, 2 y 3, han garantizado la validación del cuestionario (instrumento cuantitativo) para la recolección de datos de la fase 2. Esta combinación de métodos también ha permitido establecer los escenarios para la estimación de la posible repercusión sobre aspectos relevantes de la profesión, así como sobre el potencial impacto económico, fases 3 y 4 respectivamente.

A continuación se detalla el tipo de investigación, los participantes, los métodos e instrumentos empleados para la recogida de datos, así como el análisis llevado a cabo en cada fase del estudio. En la Tabla 2 se resumen estos aspectos metodológicos, agrupados para cada una de las cuatro fases del estudio.

| <b>Tabla 2. Resumen de los aspectos metodológicos</b>   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <b>Fases del estudio</b>  | <b>Participantes</b>  | <b>Recogida de datos</b>  | <b>Análisis</b>   |
| <b>Fase 1:</b><br>Evolución del perfil profesional y de los estudios de enfermería en el marco de Bolonia | Informantes claves  | Lectura detenida y análisis de documentos relevantes.<br>Entrevistas en profundidad | Inductivo   |
| <b>Fase 2:</b><br>Estado de opinión y expectativas de los actores implicados                              | Informantes claves<br>Enfermeras<br>Médicos<br>Auxiliares de enfermería                     | Grupos de discusión.<br>Encuesta  | Comparación constante   |
| <b>Fase 3:</b><br>Definición de los escenarios de impacto en el perfil profesional de enfermería          | Informantes claves  | Mini-Delphi   | Inductivo<br>Consenso   |
| <b>Fase 4:</b><br>Estimación de la repercusión económica  | Hospitales de agudos.<br>Centros de atención primaria.<br>Hospital monográfico de pediatría | Datos económicos y estructurales de cada centro                                     | Proyección de los costes laborales.<br>Estimación de la variación |

Durante el estudio, se han tenido en cuenta todos los aspectos éticos necesarios para llevar a cabo una investigación. Estos aspectos se detallan en cada una de las fases.

## Contexto de estudio

Los ámbitos de estudio considerados han sido: el hospitalario (hospitales de comarca o básicos, de referencia y terciarios o de alta tecnología), de diferente titularidad patrimonial, pero todos pertenecientes a la Red de Hospitales de Utilización Pública de Cataluña y los centros de atención primaria, tanto metropolitanos como rurales, también de diferente titularidad patrimonial.

### Fase 1. La evolución del perfil profesional y de los estudios universitarios de enfermería en el marco de Bolonia

En esta fase se ha identificado y unificado información que ha permitido:

- A. La caracterización del sistema sanitario en Cataluña y del sector de enfermería. Se ha identificado el perfil profesional de las enfermeras y se han analizado los principales elementos de cambio en el perfil en los últimos años. También se han incluido las competencias profesionales y la identificación de las diferentes ocupaciones que engloba.
- B. La recopilación y análisis del estado de situación relativa a la legislación de las Especialidades oficiales de Enfermería en España.
- C. La descripción de la reformulación de los estudios universitarios de enfermería y del perfil profesional resultante comparativamente al actual, tanto en España como a escala europea. En esta fase se ha incluido la recopilación y análisis de aquello que se desprende de la Declaración de Bolonia.
- D. El análisis cuantitativo de la oferta de titulados en Cataluña.

#### Tipo de investigación

Se ha llevado a cabo un estudio analítico-descriptivo y entrevistas cualitativas. La recogida de información se ha realizado a través de la lectura detenida y del análisis de los documentos relevantes sobre el tema del estudio, y de entrevistas en profundidad a informantes clave.

Entre los documentos valorados se han incluido declaraciones, reales decretos y otros documentos de organizaciones oficiales y universidades. También se ha revisado el informe sobre la oferta de titulados, trayectoria profesional e inserción laboral, que está en proceso de redacción, y los datos recogidos por la Comisión de Directoras de Escuelas Universitarias de Enfermería de Cataluña.

### Participantes

Se escogió una muestra de conveniencia de informantes claves que aceptaron participar en el estudio. Estas personas se seleccionaron por ser profesionales de enfermería expertos tanto a nivel docente, gestor, investigador o asistencial, y ser grandes conocedores del proceso de reformulación de los estudios de enfermería. Las personas identificadas como informantes claves fueron:

**Carmen Caja:** Asesora del Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya y profesora titular de la UB. Durante 8 años, directora de la EUI (UB).

**Núria Cuxart:** Vicepresidenta del Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona.

**Júlia Esteve:** Directora de la Escuela Universitaria de Enfermería del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (UAB) y presidenta durante los últimos años de la Comisión de Directoras de Escuelas de Enfermería de Cataluña.

**Ana Giménez:** Jefa de Servicio de Enfermería, Subdirección General de Ordenación Profesional. Ministerio de Sanidad y Consumo.

**Marisa Jiménez:** Vicepresidenta 1ª del Consejo de la Profesión Enfermera y Directora de Enfermería. Departamento de Salud.

**Margarita Peya:** Directora de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Barcelona (UB) y coordinadora del *Libro Blanco del Título de Grado de Enfermería*, Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación, (ANECA) proyecto que recoge numerosos aspectos fundamentales para el diseño del modelo del título de Grado de Enfermería, analiza los estudios correspondientes o afines en Europa, las características de la titulación europea, los estudios de inserción laboral de los titulados durante el último quinquenio, y los perfiles y las competencias profesionales, entre otros aspectos.

## Recogida de datos

La técnica utilizada fue la entrevista en profundidad, individual y semi-estructurada, ya que proporciona una oportunidad para obtener detalles sobre un tema o una experiencia (Pope, 2002). La ventaja adicional es que ha comportado la reflexión por parte del entrevistado, manifestando opiniones propias, preocupaciones que a menudo no habían sido consideradas por los propios investigadores, hecho que ha permitido obtener, ampliar y verificar el conocimiento. Para asegurarse de que la información esté recopilada de forma detallada y sea válida, los métodos de la entrevista requieren de investigadores experimentados con la sensibilidad y la capacidad necesarias para establecer una buena compenetración con la persona entrevistada. El guión de la entrevista se ha aplicado de forma flexible, facilitando el seguimiento de las preguntas y las respuestas (Melia, 2000; Rose, 1994).

Todas las entrevistas fueron presenciales excepto la de Ana Giménez Maroto, que fue telefónica. Se estableció contacto con las participantes mediante llamada telefónica y se les expuso el motivo de la entrevista y la duración prevista (unas dos horas). Además se concertó el día y la hora más adecuada para cada una de las informantes. El día de la entrevista, las coordinadoras del estudio se desplazaron al lugar concertado. En todas las ocasiones fue el despacho o una sala contigua al despacho de la persona a entrevistar. Con la finalidad de conseguir y mantener la homogeneidad de la entrevista, se estableció un listado de preguntas que se utilizó como guión de la misma. La Tabla 3 muestra las preguntas utilizadas.

Las entrevistas las llevaron a cabo las coordinadoras del estudio, formulando las preguntas de manera explícita para enmarcar los temas más importantes y, en función del desarrollo de la entrevista, se formulaban de nuevo o bien se avanzaba en la entrevista, permitiéndose toda la flexibilidad necesaria en cada caso particular. Así mismo, las entrevistadoras también disponían de amplia libertad para las preguntas y las intervenciones sobre la base del guión de preguntas previamente establecido.

Durante la entrevista, se puso especial atención en crear un entorno que favoreciera la interacción más allá de una conversación o de un intercambio de ideas.

Llegado el momento de iniciar la entrevista y previa solicitud de grabación de audio, se procedió al registro sonoro de la misma y a la posterior transcripción a un fichero de texto para ser analizado. La entrevista telefónica fue transcrita durante la misma.

**Tabla 3. Preguntas utilizadas como guión de la entrevista**

- ¿Podrías hablar sobre la evolución del perfil de los profesionales de las enfermeras los últimos años?
- ¿Crees que los centros de atención primaria y los hospitales necesitan un profesional diferente de lo que sale ahora?
- ¿Qué aportan el EEES y el Tratado de Bolonia (formación a nivel del perfil profesional)?
- ¿Qué implica eso (formación a nivel del perfil profesional)?
- ¿Cuál es el valor añadido del nuevo profesional fruto del Tratado de Bolonia?
- ¿Qué repercusiones tendrá sobre la profesión, sobre el sistema, sobre los enfermos?
- ¿Cómo se relaciona el Tratado de Bolonia con el Real Decreto de las Especialidades?
- ¿Cómo va el calendario? ¿Cuándo tendremos estos profesionales?
- ¿Qué piensas del Real Decreto 450/2005 del 22 de abril del 2005 sobre las especialidades de enfermería?
- ¿Cómo está el tema de la definición de competencias específicas de cada una de las especialidades?
- ¿Tienes información (documentada) del perfil profesional de los diferentes ámbitos de trabajo (a nivel de colegios, de asociaciones...)?
- ¿Qué piensas del proyecto de real decreto sobre la organización de la formación de los especialistas dentro del sistema?

### Análisis

El análisis cualitativo procura preservar la forma textual de los datos recopilados y generar categorías y explicaciones analíticas. En este estudio el análisis de las entrevistas en profundidad se llevó a cabo de forma inductiva (Dicicco-Bloom, 2006).

Las entrevistas fueron gravadas y posteriormente transcritas o transcrita directamente en el caso de la entrevista telefónica. Se realizó un análisis sistemático y riguroso del verbatim para identificar las categorías y los temas emergentes. Los resultados fueron contrastados con la finalidad de objetivar la credibilidad del estudio.

### Aspectos éticos

Se ha mantenido el anonimato del entrevistado en relación a la información aportada durante la entrevista. En alguna de las entrevistas, la persona entrevistada solicitó en algún momento de la misma que se detuviera el registro, la información compartida durante ese período no ha sido incluida en el análisis.



## Fase 2. Estado de opinión y expectativas de los actores implicados

En esta fase se ha realizado un trabajo de campo exhaustivo entre los actores del sector con la finalidad de conocer:

- Su opinión y posicionamiento en el debate correspondiente al despliegue de las Especialidades oficiales de Enfermería.
- Sus expectativas sobre los cambios en los flujos de transferencias de trabajo entre profesionales.
- Su percepción sobre el impacto en la necesidad de profesionales de enfermería (necesidad de las organizaciones proveedoras de servicios sanitarios y del sistema).
- Su previsión sobre el impacto en la demanda previsible de acceso a la profesión de enfermera y el equilibrio o desequilibrio con la oferta disponible de profesionales de enfermería.

Dada la heterogeneidad de los diversos actores implicados en esta fase y la magnitud de lo que se pretendía conocer, fue necesario distribuir el trabajo de campo en dos partes bien diferenciadas y secuenciales en el tiempo. En la primera parte, desde una perspectiva cualitativa, se han llevado a cabo grupos de discusión. En la segunda parte, desde una perspectiva cuantitativa y considerando la información obtenida de los grupos de discusión y de la primera fase del estudio, se ha realizado una encuesta con la finalidad de completar esta información.

Tipo de investigación

### **Grupos de discusión**

La metodología que se ha utilizado ha sido cualitativa, ya que permite explorar las expectativas, preocupaciones, temores y significados respecto al impacto que el cambio de perfil enfermero y el despliegue de las especialidades de enfermería puedan tener en las organizaciones. La técnica utilizada ha sido el grupo de discusión (Jackson, 1998; Mansell, 2004; Curtis, 2007; Amezcua, 2003) que consiste en seleccionar y reunir a un grupo de personas con la finalidad de discutir, desde la experiencia personal, sobre un tema concreto. Además, permite observar y valorar la interacción entre las personas que lo integran. Este aspecto es clave, ya que lo que se pretende es conocer qué piensa y siente el grupo en relación al tema de estudio. En este sentido, también se ha utilizado esta metodología en torno a un grupo de enfermeras del ámbito hospitalario, previa realización de la encuesta, para detectar temas clave y diseñar el cuestionario a utilizar en la fase cuantitativa.

El grupo de discusión origina un espacio de diálogo y reflexión útil para comprender la percepción de los informantes respecto al impacto organizacional y económico como posible consecuencia de la aplicación del tratado de Bolonia y del Real Decreto de especialidades.

### **Encuesta**

Para recopilar el estado de opinión y expectativas de los profesionales del ámbito sanitario, principalmente profesionales médicos, enfermeros, técnicos y auxiliares de enfermería, se llevó a cabo una encuesta (Johnson, 1998; Giuffre, 1997) a una muestra representativa y estadísticamente significativa de los profesionales sanitarios que ejercen su profesión en el sistema sanitario catalán.

Inicialmente, el estudio se limitó, en el caso de enfermeras y auxiliares de enfermería, a los profesionales sanitarios con 5 o más años de experiencia laboral y, en el caso de médicos, a aquellos profesionales que hubieran cursado o estuvieran cursando el último año de especialidad. Sin embargo, en la selección final, para cumplir la muestra por tipos de centro y región sanitaria, se incluyó un reducido grupo de profesionales sanitarios que tenían menos de 5 años de experiencia. Se excluyeron los profesionales que trabajan en consultorios locales.

La encuesta estaba compuesta por 30 preguntas con respuesta tipo *likert* y 5 preguntas abiertas, basadas en la información obtenida en la fase 1 y en los grupos de discusión. Para facilitar su cumplimentación se identificó un coordinador del trabajo de campo en cada centro. La encuesta se distribuyó y se recogió en el lugar de trabajo.

Para establecer el tamaño y los criterios de representatividad de la muestra, se consideraron los aspectos que caracterizaban los diferentes colectivos profesionales de los cuales se quería obtener la información (Whitehead, 2000).

### Participantes

#### **Grupos de discusión**

La comisión asesora identificó 50 informantes clave con distintos niveles de responsabilidad dentro del sistema sanitario y docente, considerando como posibles perfiles profesionales los de: gerente, técnico de planificación sanitaria, coordinador de centro; director de enfermería y directora de escuela de enfermería, entre otros.

Es importante indicar que se trata de un muestreo opinático o de conveniencia y que, por lo tanto, las mismas limitaciones establecidas para identificar los informantes claves son limitaciones del propio estudio (Ruiz Olabuenaga, 1989; Alonso, 1998). El muestreo de estos grupos de discusión se realizó identificando los profesionales representativos de todo el universo de la profesión. Para ello se consideraron aspectos como la edad, el sexo, el ámbito laboral, los años de experiencia profesional y otras variables demográficas que podían tener interés al analizar las categorías emergentes en cada grupo.

Han sido suficientes cuatro grupos para que se cumpliera el criterio de saturación de la información. Los grupos han sido bastante similares entre sí, manteniéndose en casi todos los casos la heterogeneidad de perfiles. El número de participantes en cada grupo ha sido de entre 10 y 15, y el total de participantes de los cuatro grupos ha sido de 47 personas. Los participantes han sido informantes claves relacionados con el sector, bien desde el ámbito de la universidad (docencia universitaria, dirección de escuelas de enfermería), bien desde el ámbito de los centros sanitarios (gerencia, dirección de recursos humanos, dirección de enfermería), así como expertos y perfiles estratégicos.

### **Encuesta**

La encuesta se distribuyó a una muestra representativa de profesionales médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería del sistema de salud público de Cataluña. La base del diseño fue el muestreo aleatorio polietápico, estratificado por conglomerados, con selección de diferentes unidades muestrales de forma aleatoria proporcional, en el caso de las áreas básicas de salud (ABS) y de forma aleatoria simple, en el de los establecimientos sanitarios (centro de atención primaria, atención hospitalaria básica, de referencia y de alta tecnología).

### **Tamaño de la muestra**

El tamaño de la muestra ha sido de 993 entrevistas distribuidas entre los diferentes estratos (ámbitos sanitarios y grupos profesionales). A esta cifra se ha llegado después de tomar en consideración errores de muestreo aceptables. En este sentido, se ha establecido un error de muestreo mínimo del 4,3% en el colectivo de enfermería y también por ámbitos de atención (primaria, 4,5% y hospitalaria, 4,3%), mientras que en el colectivo médico es del 5,6% y en el de auxiliares de enfermería del 8,0% (Tabla 4).

Esta afijación permite hacer estimaciones de los parámetros globales con un error aceptable del 3,1%.

La afijación de las entrevistas se ha hecho con un criterio entre el uniforme y el proporcional. En consecuencia, para tabular la información de la encuesta por separado, según ámbitos, no ha sido necesario llevar a cabo una ponderación. Sin embargo, sí que ha sido necesario hacer una ponderación para el conjunto de la muestra para igualar las fracciones de muestreo. O sea, para analizar la opinión general de los médicos se ha ponderado según el peso que tienen en cada ámbito, el de asistencia primaria y la hospitalaria. Por ejemplo, en Cataluña según el estudio “Demografía de las profesiones sanitarias en Cataluña” hay unos 4.000 médicos en el ámbito de la atención primaria y unos 12.000 en el ámbito hospitalario (su peso es un tercio del total).

| <b>Tabla 4. Errores de muestreo según estrato</b> |             |
|---|-------------|
| Médicos   | 5,6%        |
| Enfermeras  | 4,3%        |
| Auxiliares de enfermería                          | 8,0%        |
| Atención primaria                                 | 4,5%        |
| Hospitalario                                      | 4,3%        |
| <b>Total</b>                                      | <b>3,1%</b> |

### **Selección de la muestra**

En una primera fase se han seleccionado 50 puntos de muestreo o unidades primarias de muestreo (UPM), es decir, los establecimientos sanitarios donde se pasaría la encuesta. Éstos se han seleccionado de forma aleatoria proporcional a su tamaño (los CAP en el ámbito de la atención primaria y los hospitales en el ámbito hospitalario). En una segunda fase, se han seleccionado las unidades secundarias de muestreo (USM), o sea, el número de profesionales sanitarios a entrevistar por establecimiento y un reparto en diferentes grupos profesionales. En tercer lugar, se han seleccionado 50 coordinadores de campo, o sea, las personas de cada uno de los centros encargadas de seleccionar los encuestados de su centro, distribuir las encuestas y recoger los cuestionarios cumplimentados. Una vez seleccionados los establecimientos sanitarios, la selección de la muestra definitiva ha garantizado que los datos obtenidos sean proporcionales en cada uno de los tres colectivos profesionales de los que se garantiza su significación estadística (médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería), ámbitos sanitarios (atención primaria y hospitalaria) y regiones sanitarias. Aparte de estos criterios, para seleccionar las personas concretas que tenían que con-

testar la encuesta, los coordinadores de campo han seguido las pautas siguientes:

- Seguir una distribución por sexos que fuese proporcional a la distribución de la población, es decir en el ámbito de la atención primaria: médicos (55% mujeres), enfermeras (87% mujeres). En el ámbito hospitalario: médicos (39% mujeres), enfermeras (87% mujeres), auxiliares de enfermería (88% mujeres).
- Tener en cuenta el perfil que hay en el centro según grupos de edad, especialidad y, en el caso de enfermeras, mandos y asistenciales.
- En los hospitales, mantener una proporción de profesionales de consultas externas.
- Por turnos: mañana, tarde, noche y fines de semana.
- Médicos según áreas: quirúrgica, médica, obstetricia-ginecología.
- Enfermeras según áreas: quirófano, hospitalización, urgencias y críticos, consulta externa, hospital de día, radiología.

Recogida de datos

### **Grupos de discusión**

A partir de la identificación de los informantes clave, el director y las coordinadoras del estudio realizaron contactos telefónicos para comprobar la disponibilidad de estos informantes para participar en los grupos de discusión. Durante la llamada telefónica, se relataba al informante clave que la finalidad del grupo de discusión era conocer su opinión y la interacción que se podía establecer en el grupo cuando se preguntaba en torno a la influencia que pueden tener sobre el sistema sanitario los cambios que van a experimentar los estudios de grado y las especialidades enfermeras. Se estableció por consenso, dentro del equipo investigador, el guión de temas a tratar y se identificaron los tópicos a emplear como instrumento para que el componente del equipo que ejerciera funciones de moderador pudiera conducir el grupo. La Tabla 5 muestra los tópicos que se exploraron.

Los grupos de discusión se realizaron los días 7, 8, 12 y 13 de febrero de 2007; la duración aproximada fue de unas dos horas cada uno. Los grupos fueron conducidos por Isabel Casanovas, conjuntamente y de forma alternada por Montse Renom y Laia Pellejà, de Actíva Prospect. En los grupos de discusión Mireia Subirana y Lena Ferrús, de forma alternada, llevaron a cabo las funciones de observación y supervisión.

Se solicitó el consentimiento oportuno, informando de los objetivos del estudio, de la dinámica del grupo de discusión y garantizando el anonimato y la confidencialidad de la información. Ver Anexo 1: consentimiento informado.

**Tabla 5. Tópicos explorados en los grupos de discusión**

Influencia de los cambios en la titulación y contenidos de los estudios de enfermería a partir de los acuerdos de Bolonia.

Pensamientos, posibilidades, expectativas y preocupaciones respecto a los cambios que se pueden generar en las competencias como consecuencia del nuevo perfil profesional.

Flujos de trabajo entre profesionales. Repercusión para: los profesionales, el trabajo en equipo, las relaciones interprofesionales, la organización del trabajo y las organizaciones. Ventajas, inconvenientes, limitaciones.

Posibles cambios en la necesidad de enfermeras. Ajuste entre oferta/necesidades. Incidencia en la imagen social y demanda de acceso a la profesión.

Desarrollo de las especialidades: expectativas laborales y delimitación de puestos de trabajo; efectos en la rotación, en los puestos de trabajo y repercusión en la eficacia y eficiencia de la asistencia; compatibilidad/incompatibilidad con los flujos de trabajo entre profesionales; implicación para las organizaciones.

Pensamientos, preocupaciones, posibilidades y expectativas respecto al impacto y sostenibilidad económica del cambio.

## **Encuesta**

El trabajo de campo se realizó del 1 al 30 de marzo. Se elaboró un cuestionario semi-estructurado y auto-administrado, ya que había preguntas que, atendidas las temáticas tratadas, se formularon de forma abierta. Se diseñaron 3 tipos de encuestas, con el mismo contenido pero dirigidas de forma específica a cada colectivo profesional (médicos, enfermeras y auxiliares). Para facilitar la cumplimentación de la encuesta, se designó un coordinador para el trabajo de campo en cada centro sanitario. El equipo investigador convocó a todos los coordinadores a una sesión formativa. El objetivo de estas sesiones era dar a conocer el estudio (objetivos, entidades impulsoras, fases, etc.) y resaltar la importancia del papel del coordinador de campo. Se realizó formación relativa a la encuesta, se explicaron las consignas de selección de los profesionales sanitarios, las pautas para el soporte y la supervisión del trabajo de campo, y se establecieron las indicaciones para el retorno de las encuestas. Se invitó a los coordinadores a responder la encuesta, en la misma sala de información, como representantes del colectivo de enfermeras. Los coordinadores de campo seleccionaron a los encuestados según las cuotas establecidas, mantuvieron el contacto con los profesionales seleccionados, distribuyeron y recopilaron los sobres de cada centro, proporcionando soporte técnico a los encuestados y velaron por el cumplimiento de los plazos establecidos.

La encuesta fue entregada en soporte papel y la recopilación se realizó en un sobre cerrado para garantizar el anonimato. Las encuestas fueron validadas antes de la entrada de datos y del tratamiento estadístico.

## Análisis

### **Grupos de discusión**

Se ha llevado a cabo un análisis mediante el método de comparación constante (cc). En primer lugar se procedió a la segmentación y catalogación de temas del texto. Después se identificaron los temas clave y se construyeron categorías de análisis provisionales. Finalmente, se compararon, se relacionaron y se nivelaron las categorías agrupándolas en familias (Peiró, 1996; Canales, 1994; Strauss, 2002).

En el análisis del corpus textual, se percibió que cuando la gente hablaba lo hacía en varios sentidos, lo que dibujó tres ejes transversales que se han considerado útiles para organizar la información. Estos ejes son: las expectativas tanto del cambio de titulación (de Diplomado a Grado) como de las especialidades; las preocupaciones respecto al impacto de este cambio de perfil profesional y de la aplicación de las especialidades y, por último, las propuestas para prevenir o solucionar posibles problemas. El apartado de resultados se estructura en base a los tres ejes, destacando los aspectos más críticos de la situación actual, los aspectos positivos del cambio y los aspectos específicos relacionados con los estudios de grado y de las especialidades.

### **Encuesta**

Para el análisis de la encuesta, se utilizaron técnicas descriptivas univariantes y bivariantes para resumir las principales características que definen los tres colectivos profesionales. También se utilizó la técnica de análisis de la variabilidad de las valoraciones aportadas por los tres colectivos profesionales (ANOVA).

El cuestionario utilizado para realizar este estudio contiene diferentes tipos de preguntas en relación al número y al tipo de opciones de respuesta. Se pueden presentar dos tipos de opciones de respuesta:

- **Pregunta simple:** el encuestado/da sólo da una respuesta por pregunta y, en consecuencia, el porcentaje que muestra la tabla o figura representa la suma de respuestas de los/las encuestados/das.
- **Pregunta múltiple:** el encuestado/da puede dar más de una respuesta por pregunta y, como resultado, el porcentaje que muestra la tabla o figura representa el porcentaje de menciones afirmativas que los/las encuestados/das han dado en cada caso.



En relación a las opciones de respuesta se podían presentar las tres situaciones siguientes:

- Pregunta abierta: el encuestado/da debe dar las opciones de respuesta.
- Pregunta semiabierta: se sugieren las opciones de respuesta a los encuestados dejando la posibilidad de que el encuestado/da pueda sugerir alguna otra opción.
- Pregunta cerrada: se sugieren las opciones de respuesta sin posibilidad de que el encuestado/da pueda sugerir otras opciones.

#### Aspectos éticos

Se ha mantenido el anonimato de la persona en relación a la información aportada durante el grupo de discusión. Se ha solicitado consentimiento informado por escrito, en el que se especifica que sólo se utilizará la información obtenida de los grupos de discusión para los fines expuestos.

### Fase 3. Definición de los escenarios de impacto en el perfil profesional de enfermería

Las distintas fases del estudio han seguido una secuencia lógica. De esta forma, la fase 3 se inició con una sesión de trabajo con la comisión asesora de seguimiento del estudio para analizar e interpretar la información obtenida en las dos fases previas. En esta sesión se elaboró una primera hipótesis y propuesta de posibles escenarios de impacto, y se prepararon los temas a profundizar.

#### Tipo de investigación

Con la finalidad de contrastar y profundizar en la definición de escenarios de impacto y en la previsión de necesidades del sector, se aplicó una metodología cualitativa basada en la técnica de mini-Delphi (Keeney, 2006; Kennedy, 2004; Hasson, 2000). Esta técnica presenta unas características y objetivos similares a los de la técnica Delphi, y permite dar respuesta a la necesidad de incorporar información subjetiva para la evaluación de problemas complejos como el del presente estudio.

El mini-Delphi consiste en una conferencia de mesa redonda, en que las opiniones y respuestas al cuestionario se hacen por escrito. A partir de una selección de expertos y perfiles estratégicos en la toma de decisiones se realiza una proyección de futuro relacionada con un tema concreto, en este caso era el planteamiento de escenarios de impacto. Los responsables del desarrollo del mini-Delphi informan del objetivo, responden cualquier duda, tabulan los resultados y devuelven el cuestionario a los participantes.



## Participantes

Se desarrollaron tres mini-Delphi. La composición del primero, mini-Delphi 1, consistió en un grupo heterogéneo de 23 profesionales, identificados a partir de los participantes en los grupos de discusión. Los dos restantes estuvieron integrados por grupos profesionales homogéneos, 13 representantes clave de enfermería en el sector hospitalario y 12 en el ámbito de atención primaria, mini-Delphi 2 y mini-Delphi 3, respectivamente.

## Recogida de datos

Los mini-Delphi se realizaron los días 31 de mayo (mini-Delphi 1), 9 de julio (mini-Delphi 2) y 27 de septiembre (mini-Delphi 3). Conjuntamente con la comisión asesora se seleccionaron los posibles participantes. Se estableció contacto mediante correo electrónico y los participantes fueron convocados telefónicamente el día de trabajo previsto. Se solicitó permiso para el registro auditivo en cada mini-Delphi.

El proceso de trabajo para el mini-Delphi 1 se desarrolló durante dos horas. A medida que los participantes se incorporaban a la sesión se les invitaba a realizar un trabajo individual durante unos 30 minutos. Se entregaban a cada participante 8 propuestas relacionadas con el título de Grado y 6 propuestas relacionadas con las especialidades de enfermería, y se les solicitaba que indicasen el grado de desacuerdo o acuerdo en una escala *likert* del 1 al 5 donde el valor 1 expresaba el máximo grado de desacuerdo y el valor 5 el máximo grado de acuerdo. Transcurridos los 30 minutos se procedió a una pausa de 15 minutos, que permitió, mediante un instrumento de recogida de información elaborado para tal efecto, tabular todas las aportaciones y analizar los resultados para la posterior presentación a todo el grupo. En la sesión de trabajo común (duración de 75 minutos) se presentaron a consenso las aportaciones, se analizaron los resultados y se elaboró una propuesta de escenarios de futuro.

Los participantes, en número y características, y el proceso de trabajo para el mini-Delphi 2 y el mini-Delphi 3, fueron ligeramente distintos del mini-Delphi 1. En estas dos sesiones con profesionales de enfermería se profundizó en el posible impacto de las especialidades de enfermería en los respectivos ámbitos de trabajo, hospital y atención primaria.

Siete días después de la realización del mini-Delphi, se envió a los participantes un documento de recopilación y análisis de los resultados, incluyendo los escenarios resultantes. Los participantes disponían de una semana para su ratificación.

### Análisis

El análisis se realizó a partir de la información recogida por escrito y de la obtenida del registro sonoro. Después de consensuar los acuerdos durante el mini-Delphi, se envió a cada participante, a través de correo electrónico, la redacción de los mismos para que corroborase su acuerdo o bien manifestara sus discrepancias. Después de considerar todas las respuestas se llegó a la conclusión que se aporta en el apartado de resultados.

### Aspectos éticos

Se ha mantenido el anonimato de la persona en relación a la información aportada durante el mini-Delphi. Se ha solicitado consentimiento tácito para el registro sonoro.

## Fase 4: Estimación de la repercusión económica

En esta última fase se llevó a cabo un ejercicio de cálculo de lo que podían suponer en términos económicos los escenarios de evolución relativa a las especialidades de enfermería. Básicamente estos cambios podrían estar vinculados con el mapa de perfiles profesionales relacionados con las especialidades de enfermería y los costes laborales que esto pueda implicar.

El trabajo en esta fase consta de tres partes:

- A. A propuesta de la comisión asesora, se eligió un centro de referencia para cada tipología de nivel asistencial. Se contactó con los gestores de los mismos con la finalidad de recopilar información relativa a la plantilla y los costes laborales de las enfermeras.
- B. Para cada uno de los centros se ha estimado el número previsible de especialistas a partir de la aplicación de los diferentes escenarios.
- C. Finalmente, se ha realizado una proyección de los costes laborales unitarios sobre los nuevos modelos organizativos definidos para obtener los costes totales resultantes y una estimación de la variación que esto supondría en los costes actuales.

### Tipo de investigación

El tipo de investigación en esta última fase ha sido un estudio-caso en cada uno de los niveles asistenciales: un centro de atención primaria, un hospital básico, un hospital de referencia y un hospital de alta tecnología.

## Participantes

A propuesta de la comisión asesora de seguimiento, se eligió un centro de referencia para cada una de las tipologías de nivel asistencial. La Tabla 6 muestra las características de los centros.

| <b>Tabla 6. Características de los centros estudiados</b> |              |                            |
|---|--------------|----------------------------|
| <b>Centro</b>   | <b>Camas</b> | <b>Propiedad</b>           |
| Hospital de agudos  | 100-200      | ICS                        |
| Hospital de agudos  | 200-300      | Consortio                  |
| Hospital de agudos  | 300-500      | Municipal                  |
| Hospital de agudos  | 800-1.000    | ICS                        |
| Hospital monográfico pediátrico                           | 250-350      | Orden religiosa            |
| Centro de atención primaria                               | -            | ICS                        |
| Centro de atención primaria                               | -            | Consortio                  |
| Centro de atención primaria                               | -            | Entidad de base asociativa |

## Recogida de datos

Se contactó con los gestores de cada centro con la finalidad de recopilar y sistematizar la información relativa a la organización, la plantilla y la estructura actual de categorías y costes laborales relativos al personal de enfermería de cada centro.

## Análisis

Para cada uno de los centros se estimaron los cambios en el personal de enfermería que la aplicación de los diferentes escenarios podría suponer. Así mismo se definieron los modelos resultantes y se proyectaron los costes laborales unitarios sobre los nuevos modelos organizativos definidos, con la finalidad de obtener los costes totales resultantes y una estimación de la posible variación que esto supondría en los costes actuales.

Un punto clave del análisis fue el trabajo conjunto con la comisión asesora de seguimiento.

## Aspectos éticos

Se ha mantenido el anonimato de los centros debido a las características de la información que se aporta en los resultados.



# Resultados

## Fase 1. La evolución del perfil profesional y de los estudios universitarios de enfermería en el marco de Bolonia

A continuación se presentan los resultados de la fase 1 desglosados en dos bloques, los resultados del análisis documental y los resultados de las entrevistas en profundidad.

### Resultados del análisis documental

En este análisis documental se describen las características básicas del sistema de salud en Cataluña, se presentan los datos más relevantes extraídos de la *Memòria del Servei Català de la Salut* (2005) y se analiza la relación entre el sistema sanitario y las enfermeras.

### Sistema de salud en Catalunya

#### Características básicas del sistema

Los principios que inspiran el sistema de salud de Cataluña giran en torno a la calidad, la equidad, la eficiencia, la transversalidad (entre sectores y departamentos de la Generalitat), la integración territorial, la participación y la implicación de los ciudadanos y los profesionales, la transparencia, la subsidiariedad (entre las administraciones), la substituidad (de recursos) y la sostenibilidad.

En este marco general, el Servei Català de la Salut (nacido el año 1991 fruto de la LOSE) tiene como misión garantizar las prestaciones del sistema sanitario público y su calidad a todos los ciudadanos de Cataluña mediante una adecuada adaptación de la oferta de servicios a sus necesidades, con equidad, eficacia y eficiencia.

El papel de autoridad sanitaria corresponde al Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya con las funciones de planificación, ordenación, autorización e inspección.

Este sistema integra y prioriza tres grandes ejes:

- La salud pública (incluida la salud laboral y medioambiental)
- La atención sanitaria
- Los servicios sanitarios y sociales de atención a la dependencia

Asimismo, se define como un sistema adaptado a las necesidades de todos: los ciudadanos, los profesionales y los gestores, y que pretende introducir políticas públicas en la agenda de la sanidad para combatir las desigualdades en salud en relación a los territorios, las clases sociales, el género, la edad y la inmigración.

La Generalitat avanza en el proceso de conseguir un sistema de salud con una capacidad de adaptación ágil y flexible ante la complejidad de los cambios a nivel demográfico, tecnológico y territorial. Para ello ha creado un modelo de descentralización de los servicios sanitarios que potencia la coordinación entre instituciones mediante la creación de gobiernos territoriales de salud que faciliten la integración efectiva de la atención sanitaria con la salud pública y con los servicios sociales de atención a la dependencia.

Recientemente se han producido diferentes cambios en el sistema como son: la introducción de nuevas experiencias de compra de servicios sanitarios en base poblacional; el desarrollo y consolidación de nuevos sistemas de información que permitirán una evaluación más transversal del proceso de atención sanitaria, la nueva organización del Servicio Catalán de la Salud y la transformación del Instituto Catalán de la Salud en empresa pública (Ley 8/2007, de 30 de julio, del Instituto Catalán de la Salud).

Partiendo del propósito de valorar la calidad y la adecuación de la atención prestada por los servicios sanitarios, y de orientar los objetivos fijados en los contratos de acuerdo a los resultados de evaluación, ésta estará centrada en:

- Valorar la calidad de la atención y los resultados del proceso asistencial
- Orientar la evaluación hacia la compra de servicios sanitarios de base poblacional
- Aumentar el impacto de la evaluación
- Potenciar la coordinación y el consenso entre las regiones sanitarias y los servicios centrales
- Obtener el máximo rendimiento de los sistemas de información actualmente implantados
- Evaluar la evaluación

El conjunto de indicadores que facilitarán los análisis cualitativos son:

- **Accesibilidad:** proximidad de los servicios de salud respecto a los ciudadanos y facilidad para que puedan entrar en contacto y utilizarlos de manera equitativa, tanto desde el punto de vista socioeconómico como territorial.

- **Resolución:** capacidad de los servicios sanitarios para dar respuesta satisfactoria a los problemas de los ciudadanos y a las demandas de atención, en el nivel asistencial que sea más adecuado y de acuerdo con los criterios de evidencia y consenso profesional disponible en cada momento.
- **Coordinación:** necesidad de garantizar la existencia de un continuo asistencial adecuado entre niveles y dispositivos de atención, tanto en relación a las diferentes líneas de servicio como a las diversas entidades proveedoras.
- **Eficiencia:** relación favorable entre el coste económico de los recursos humanos y materiales que utilicen los servicios sanitarios y los resultados obtenidos en el proceso asistencial.
- **Satisfacción:** percepción positiva por parte del ciudadano sobre la calidad de los servicios recibidos, de acuerdo con los patrones generales de utilización de los servicios (accesibilidad, capacidad de elección, flexibilidad, personalización, rapidez, tiempo de dedicación, etc.).

#### Datos del sistema

Los datos relativos al sistema sanitario catalán se presentan agrupados en las tablas 7 a 13. La Tabla 7 presenta los datos poblacionales para 2005 y 2006, la Tabla 8 los equipos de atención primaria en funcionamiento el año 2005. Las tablas 9 y 10 describen los puestos de trabajo y la frecuentación de los equipos de atención primaria, respectivamente.

Los centros de la red hospitalaria de utilización pública, el número de camas y la distribución y estancia media por región sanitaria del hospital para el año 2005, se detalla en las tablas 11, 12 y 13.

**Tabla 7. Datos poblacionales del sistema sanitario catalán**

|                    | 2005             | 2006             | Diferencia    | %           |
|--------------------|------------------|------------------|---------------|-------------|
| Alt Pirineu i Aran | 64.507           | 65.203           | 696           | 1,08        |
| Metropolitana      | 4.915.292        | 4.951.264        | 35.972        | 0,73        |
| Catalunya central  | 469.976          | 479.048          | 9.072         | 1,93        |
| Girona             | 638.661          | 657.948          | 19.287        | 3,02        |
| Lleida             | 332.592          | 338.122          | 5.530         | 1,66        |
| Camp de Tarragona  | 506.357          | 527.954          | 21.597        | 4,27        |
| Terres de l'Ebre   | 172.682          | 176.537          | 3.855         | 2,23        |
| Sin región         | 5.257            | 92               | -5.165        | -98,25      |
| <b>Total</b>       | <b>7.105.324</b> | <b>7.196.168</b> | <b>90.844</b> | <b>1,28</b> |

**Tabla 8. Equipos de atención primaria en funcionamiento el año 2005**

|                    | Número de equipos de atención primaria |
|--------------------|--|
| Alt Pirineu i Aran | 8                                      |
| Lleida             | 22                                     |
| Camp de Tarragona  | 34                                     |
| Terres de l'Ebre   | 11                                     |
| Girona             | 36                                     |
| Catalunya Central  | 35                                     |
| Barcelona          | 203                                    |
| <b>Catalunya</b>   | <b>349</b>                             |

**Tabla 9. Puestos de trabajo de médicos y enfermeras de atención primaria por cada 10.000 habitantes el año 2005**

|                    | Médicos*   | Enfermeras |
|--------------------|------------|------------|
| Alt Pirineu i Aran | 11,8       | 10,8       |
| Lleida             | 8,0        | 7,5        |
| Camp de Tarragona  | 8,6        | 7,2        |
| Terres de l'Ebre   | 8,4        | 7,2        |
| Girona             | 8,1        | 7,1        |
| Catalunya Central  | 8,1        | 6,9        |
| Barcelona          | 7,2        | 6,1        |
| <b>Catalunya</b>   | <b>7,5</b> | <b>6,5</b> |

\* Médicos: incluye médicos generalistas, pediatras y odontólogos



| <b>Tabla 10. Frecuentación en los equipos de atención primaria (EAP)</b> |  |                   |
|--|--|-------------------|
|  | <b>Visitas por persona asignada al EAP y año</b> |                   |
| Alt Pirineu i Aran   | 9,6  | 515.965           |
| Lleida   | 7,8  | 2.238.034         |
| Camp de Tarragona  | 8,0  | 3.075.623         |
| Terres de l'Ebre   | 9,5  | 1.599.660         |
| Girona   | 7,1  | 4.376.261         |
| Catalunya Central  | 6,9  | 3.040.188         |
| Barcelona  | 6,3  | 29.476.808        |
| <b>Total</b>   | <b>6,7</b>                                       | <b>44.324.539</b> |

Incluye las visitas hechas en el centro y en el domicilio

| <b>Tabla 11. Centros de la red hospitalaria de utilización pública el año 2005</b> |                         |                  |                        |                                  |
|--|-------------------------|------------------|------------------------|----------------------------------|
|  | <b>Consulta externa</b> | <b>Urgencias</b> | <b>Hospital de día</b> | <b>Cirugía menor ambulatoria</b> |
| Alt Pirineu i Aran   | 4                       | 4                | 4                      | 4                                |
| Lleida   | 2                       | 2                | 2                      | 2                                |
| Camp de Tarragona  | 5                       | 4                | 4                      | 5                                |
| Terres de l'Ebre   | 4                       | 3                | 3                      | 4                                |
| Girona   | 10                      | 9                | 10                     | 9                                |
| Catalunya Central  | 4                       | 4                | 4                      | 4                                |
| Barcelona  | 34                      | 33               | 32                     | 34                               |
| <b>Total</b>   | <b>63</b>               | <b>59</b>        | <b>59</b>              | <b>62</b>                        |

**Tabla 12. Número de camas el año 2005**

|                    |               |
|--------------------|---------------|
| Alt Pirineu i Aran | 151           |
| Lleida             | 645           |
| Camp de Tarragona  | 936           |
| Terres de l'Ebre   | 370           |
| Girona             | 1.087         |
| Catalunya Central  | 1.014         |
| Barcelona          | 10.410        |
| <b>Total</b>       | <b>14.613</b> |

**Tabla 13. Distribución y estancia media de los episodios de hospitalización convencional y CMA financiados por CatSalut por región sanitaria del hospital durante el año 2005**

|                    | Contactos*     | Porcentaje (%) | Estancia media (en días) |
|--------------------|----------------|----------------|--------------------------|
| Alt Pirineu i Aran | 32.149         | 4,5            | 6,0                      |
| Lleida             | 49.682         | 7,0            | 5,1                      |
| Camp de Tarragona  | 15.807         | 2,2            | 5,1                      |
| Terres de l'Ebre   | 61.193         | 8,6            | 4,6                      |
| Girona             | 45.432         | 6,4            | 5,5                      |
| Catalunya Central  | 6.940          | 1,0            | 4,3                      |
| Barcelona          | 496.998        | 70,2           | 5,6                      |
| <b>Total</b>       | <b>708.201</b> | <b>100,0</b>   | <b>5,5</b>               |

\* Contactos: se considera contacto cada vez que un enfermo accede a un hospital general de agudos para recibir cualquier tipo de asistencia

Las características que definen el contexto actual del sistema vienen marcadas por un incremento de la demanda de servicios de salud derivado fundamentalmente de:

- Los cambios demográficos
- El incremento de las patologías crónicas
- La aparición de nuevas enfermedades
- Los dilemas ante las diferencias culturales

- Una ciudadanía cada vez más informada, tanto de la diversidad de servicios a su alcance como de sus derechos, y por lo tanto con una mayor exigencia de calidad.

Esto comporta una voluntad política de contención de costos en el sistema y se adoptan estrategias encaminadas a controlar el gasto, mejorar la gestión y asegurar la calidad, que incluye la búsqueda de la eficiencia en el uso de las camas a partir de la cirugía mayor ambulatoria, las intervenciones dirigidas a reducir las estancias y los ingresos innecesarios, la agilización de las pruebas diagnósticas intrahospitalarias, la creación de dispositivos asistenciales dirigidos a reducir las estancias (unidades de recepción de pacientes, unidades de tránsito o alta, unidades de diagnóstico rápido, hospitales de día, entre otros).

En los hospitales, las enfermeras representan una cuarta parte (aproximadamente el 25%) de los gastos totales de los hospitales y son las responsables directas de la asistencia a más de 700.000 personas al año. Un reciente estudio publicado por el Consejo de Colegios de Diplomados en Enfermería de Cataluña (2006) sobre la dotación de enfermeras en las unidades de hospitalización pone de manifiesto que la dotación de enfermeras en los hospitales es insuficiente. Según las características de los diferentes hospitales estudiados, presentan unas tasas de ajuste entre los recursos disponibles y la demanda de cuidados del 87% al 99%, mientras que la adecuación de los cuidados prestados en relación a los necesarios se cifra del 94,7% al 96,7%; lo que representa un déficit de personal de enfermería de un 8% aproximadamente.

En la atención primaria, según un estudio realizado en el 2004 (Dirección General de Planificación i Evaluación, 2004), se pone de manifiesto que las enfermeras están comprometidas con el sistema de salud y quieren colaborar en su mejora. Asimismo, manifiestan que en su práctica diaria desarrollan las competencias para las que han estado formadas, aunque aún quedan muchos aspectos a mejorar.

En este entorno se requieren enfermeras técnica y humanamente competentes, resolutivas, intuitivas, con habilidades pedagógicas y habilidades relacionales para trabajar en equipo multidisciplinar, con los pacientes y sus familias.

## Perfil profesional de las enfermeras

Perfil profesional de las enfermeras en España

La Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) (Ley 44/2003) y los Estatutos de la Organización Colegial de Enfermería señalan que el título de Enfermería responde a un perfil de enfermera generalista. Entendemos perfil profesional como el conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para el ejercicio de una profesión. Incluye también las competencias del profesional, sus deberes y derechos, así como, eventualmente, un código deontológico para el ejercicio de las actividades. A menudo los perfiles profesionales inspiran el currículum académico.

Ejercicio de la profesión

Las enfermeras desarrollan sus actividades profesionales en hospitales de agudos, en centros sociosanitarios, en atención primaria, en medios comunitarios dentro del sistema de salud y en el ámbito de la atención privada de forma individualizada. En todos ellos pueden desarrollar tareas asistenciales, docentes, de gestión y/o de investigación.

El Decreto 2319/60, de 17 de noviembre de 1960, regulaba las funciones propias de las ayudantes técnicos sanitarios, practicantes, matronas y enfermeras. De las enfermeras especifica que tendrán las mismas funciones que las ayudantes técnicos sanitarios con exclusión de la asistencia a partos normales señalada en el apartado e) del artículo segundo. Las funciones que establece son:

- Aplicar medicamentos, inyecciones o vacunas y tratamientos curativos.
- Auxiliar al personal médico en las intervenciones de cirugía general y de las diferentes especialidades.
- Practicar las curas a los operados.
- Prestar asistencia inmediata, en casos urgentes, hasta la llegada del médico o titular de superior categoría, a quien tendrán que llamar perentoriamente.
- Asistir los partos normales cuando en la localidad no hay titulares especialmente capacitadas para hacerlo.
- Llevar a cabo los cargos y puestos para los que en la actualidad se exigen los títulos de practicante o enfermera, con la sola distinción que en cada caso corresponda a los ayudantes masculinos o femeninos (Art. 2º).

Por otra parte, y más acorde con la situación actual, el Consejo Catalán de Especialidades en Ciencias de la Salud editó un documento donde se describen las competencias genéricas de la profesión de enfermera (Elías,

1999). Este documento define al ciudadano como eje central en torno al cual gira el sistema sanitario y que requiere la colaboración interprofesional para conseguir dar respuesta a las necesidades de los ciudadanos.

Las competencias definidas se agrupan bajo diez títulos genéricos y se señala que el objetivo común de todas ellas es el de la propia profesión, es decir, tener cuidado de los pacientes:

1. Proceso de cuidados
2. Prevención y promoción de la salud
3. Procedimientos y protocolos
4. Tener cuidado de las personas en situaciones específicas
5. Comunicación, relación con el usuario y/o personas significativas
6. Trabajo en equipo y relación interpersonal
7. Comunicación interprofesional
8. Mantenimiento de las competencias profesionales
9. Ética, valores y aspectos legales
10. Implicación y compromiso profesional

#### Código deontológico

El Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona adoptó como código deontológico el código de ética profesional que el Instituto Borja de Bioética había elaborado en 1985.

Las siguientes áreas son consideradas responsabilidad de las enfermeras:

- Prevención de las enfermedades
- Mantenimiento de la salud
- Atención, rehabilitación e integración social del enfermo
- Educación para la salud
- Formación, administración e investigación en enfermería

Por otra parte, el Código Deontológico de la Enfermería Española (CDEE) (Resolución nº 32/89) define unas normas comunes en el ejercicio de la profesión que señalan como responsabilidad primordial la salvaguarda de los Derechos Humanos, orientando su atención hacia las personas que requieran sus cuidados.

Asimismo, el CDEE refiere que, para lograr el mejor servicio a los pacientes, la enfermera colaborará con otros miembros del equipo de salud, respetando siempre las respectivas áreas de competencia, pero no permitiendo que se interfiera en su propia autonomía profesional.

## Formación inicial de las enfermeras

La Orden Ministerial del 31 de octubre de 1977 establecía las directrices de los planes de estudio de las escuelas universitarias de Enfermería. Era la culminación de un proceso iniciado con la Ley General de Educación del 4 de agosto de 1970 que posibilitaba que la formación de Enfermería, que hasta entonces se realizaba en las escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios, fuera universitaria.

El Real Decreto 2128/1977 del Ministerio de Educación y Ciencia regulaba la integración de las escuelas de ayudantes técnicos sanitarios a la universidad, creándose las escuelas universitarias de Enfermería inscritas o adscritas a una universidad.

Para acceder a los estudios de enfermería actualmente existen siete vías: 1) estudiantes con prueba de acceso a la universidad (PAAU) y asimilados; 2) estudiantes con PAAU y asimilados que hayan iniciado estudios universitarios; 3) estudiantes con título de ciclo formativo de grado superior (CFGS), formación profesional 2 (FPII) y asimilados; 4) estudiantes con título de CFGS, FPII y asimilados que hayan iniciado estudios universitarios; 5) mayores de 25 años; 6) extranjeros y 7) diplomados y licenciados.

La formación inicial de enfermería está regulada por los Reales Decretos 1497/1987 y 1466/1990 y, según los mismos, las enseñanzas deben proporcionar los siguientes conocimientos y experiencias:

- Un conocimiento adecuado de las ciencias que constituyen la base de los cuidados generales, incluido un conocimiento suficiente del organismo humano, sus funciones fisiológicas y del comportamiento de las personas saludables y las enfermas, así como las relaciones que existen entre el estado de salud y el entorno físico del ser humano.
- Un conocimiento suficiente de la naturaleza y ética de la profesión y de los principios generales relacionados con la salud y los cuidados.
- Una experiencia clínica adecuada, que ha de adquirirse bajo el control de enfermeras cualificadas en diferentes puestos de trabajo para dispensar los cuidados que requiera el paciente.
- La capacidad para participar en la formación de personal sanitario y experiencia de colaboración con este personal.
- Experiencia en la colaboración con otros profesionales.

Los diferentes planes de estudios establecen que los estudios universitarios de primer ciclo tendrán entre 180 y 270 créditos. Las directrices del plan de estudios actual (Real Decreto 1497/1987; Real Decreto 1466/1990) esta-

blecen las materias obligatorias que se indican en la Tabla 14 distribuidas en tres cursos.

**Tabla 14. Materias troncales del plan de estudios**

| Materias troncales                            | Créditos teóricos | Créditos prácticos | Créditos totales |
|---|-------------------|--------------------|------------------|
| Administración de servicios de enfermería     | 4                 | 3                  | 7                |
| Ciencias psicosociales aplicadas              | 4                 | 2                  | 6                |
| Enfermería comunitaria                        | 13                | 13                 | 26               |
| Enfermería geriátrica                         | 2                 | 4                  | 6                |
| Enfermería materno-infantil                   | 4                 | 10                 | 14               |
| Enfermería médico-quirúrgica                  | 12                | 36                 | 48               |
| Enfermería psiquiátrica y de salud mental     | 2                 | 4                  | 6                |
| Estructura y funcionamiento del cuerpo humano | 6                 | 2                  | 8                |
| Farmacología, dietética y nutrición           | 6                 | 2                  | 8                |
| Fundamentos de enfermería                     | 5                 | 7                  | 12               |
| Legislación y ética profesional               | 2                 | 0                  | 2                |

1 crédito corresponde aproximadamente a 10 horas lectivas.

Asimismo, cada universidad complementa estas materias troncales con asignaturas distribuidas en los tres años:

- Materias obligatorias que establece libremente cada universidad.
- Materias optativas también establecidas por cada universidad de las que el alumno elige entre las que le ofertan.
- Materias de libre elección que deben ocupar el 10% de la carga lectiva. En este caso es el propio estudiante el que puede elegir las que ofrece el sistema universitario de Cataluña.

El título que obtienen es el Diploma Universitario de Enfermería.

## Especialidades de enfermería

La especialización de enfermería se inicia con el Decreto de 4 de diciembre de 1953. La primera en reconocerse fue la de matronas en enero de 1957, seguida de la de fisioterapia en julio del mismo año, radiología y electrología (1961), podología (1962), pediatría y puericultura (1964), neurología (1970), psiquiatría (1970), análisis clínicos (1971) y urología y nefrología (1975). En 1980, las especialidades de enfermería de fisioterapia y podología pasaron a ser estudios finalistas con la creación de las diplomaturas de Fisioterapia y Podología.

Una vez integrados los estudios de Ayudantes Técnicos Sanitarios a la universidad como escuelas universitarias de Enfermería (Real Decreto 2128/1977), no se procedió a desarrollar las especialidades adecuadas a la nueva titulación, sino que, al contrario, se autorizó (Orden del 9 de octubre de 1980) a los diplomados en Enfermería a que cursasen las especialidades existentes para los ayudantes técnicos sanitarios, lo que configuró un sistema peculiar y atípico de ordenación académica.

Los avances científicos, los cambios en el sistema de salud derivados de la potenciación de la atención primaria y la medicina preventiva, así como los condicionamientos derivados del ingreso de España en la Comunidad Europea, conllevaron a la necesidad de reordenar el número, el contenido y la denominación de las especialidades de enfermería.

Se creó el título de Enfermero Especialista (Real Decreto 992/1987) con la idea de la progresiva especialización, aunque se ponía de manifiesto que esto no debía impedir la posibilidad del ejercicio polivalente de la actividad profesional. Posteriormente se creó el Consejo Nacional de Especialidades en Enfermería (Orden de 11 de julio de 1988) como órgano de consulta y asesoramiento del Ministerio de Educación y Ciencia y del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Este decreto preveía las siguientes especialidades:

- Enfermería Obstétrico-Ginecológica (matronas)
- Enfermería Pediátrica
- Enfermería de Salud Mental
- Enfermería de Salud Comunitaria
- Enfermería de Cuidados Especiales
- Enfermería Geriátrica
- Gestión y Administración de Enfermería.



Para las especialidades anteriores a este decreto, se declaran equivalentes siempre que se tenga el título de Diplomado de Enfermería o se haya convalidado el de Ayudantes Técnicos Sanitarios por el de Diplomado en Enfermería. En este decreto se relacionan los títulos como se detallan a continuación:

- Neurología
- Urología y Nefrología
- Enfermería de Cuidados Especiales
- Análisis Clínicos
- Radiología y Electrología
- Pediatría y Puericultura. Enfermería Pediátrica
- Psiquiatría. Enfermería de Salud Mental
- Asistencia Obstétrica y Ginecológica (matrona). Enfermería Obstétrico-Ginecológica (matrona).

No se menciona la nueva especialidad propuesta de Gestión y Administración de Enfermería.

Desde 1987, y a partir del decreto de las especialidades, dejaron de impartirse las especialidades que se habían iniciado en 1957 y hasta 1994 no se volvió a impartir la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (matrona). Y en el 2002 se inició la especialidad de Enfermería en Salud Mental.

Con el Real Decreto de Especialidades oficiales de Enfermería del 2005 se da un nuevo paso para desarrollar la especialización de las enfermeras y el propio decreto justifica la salida del mismo en base a:

- Los cambios científicos, técnicos y del propio sistema sanitario.
- La modificación de los patrones epidemiológicos, la evolución de la pirámide de población y las necesidades de atención y cuidados especializados que demandan los pacientes y usuarios del Sistema Nacional de Salud (Real Decreto 450/2005).
- La entrada en vigor de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias que aborda la regulación de las especialidades en Ciencias de la Salud.
- Las recomendaciones que en este ámbito se han producido en la Unión Europea.

Todo ello lleva al establecimiento de un sistema de especialización dentro del modelo del Espacio Europeo de Educación Superior surgido de la Declaración de Bolonia, con un catálogo de especialidades que pretende res-

ponder al objetivo de proporcionar una mejor atención sanitaria a los ciudadanos, considerando las aspiraciones de desarrollo profesional y de libre movilidad en el Sistema Nacional de Salud.

Las especialidades de enfermería que se ofrecen son:

- Enfermería Obstétrico-Ginecológica (matrona)
- Enfermería de Salud Mental
- Enfermería Geriátrica
- Enfermería del Trabajo
- Enfermería de Cuidados Médico-Quirúrgicos
- Enfermería Familiar y Comunitaria
- Enfermería Pediátrica.

Se establece un sistema de residencia para los nuevos titulados en unidades docentes acreditadas para la formación especializada bajo la supervisión y coordinación de la comisión de docencia. El decreto no especifica la duración de esta residencia; por el momento la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (matrona) tiene una duración de dos años, mientras que la de Enfermería en Salud Mental tiene un año.

Para acceder a la especialidad habrá que superar una prueba anual, única y simultánea de carácter estatal.

El programa de formación de cada especialidad será elaborado por la comisión nacional correspondiente, que actuará como órgano asesor de los Ministerios de Educación y Ciencia y de Sanidad y Consumo. Será esta comisión la que elaborará y propondrá los programas de formación y su duración, establecerá los criterios de evaluación de las unidades docentes y los criterios de evaluación de los especialistas en formación. También propondrá la creación de áreas de capacitación específicas en caso de considerarlo necesario.

La Comisión Delegada de Enfermería del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud (CNECS) es el órgano responsable de emitir informes o propuestas sobre los requisitos de acreditación de las unidades docentes, programas de formación de los especialistas, promoción y difusión de innovaciones así como del fomento de la investigación.

Quedan suprimidas todas las especialidades anteriores: Neurología (1970); Urología y Nefrología (1975). Los ayudantes técnicos sanitarios o diplomados universitarios en Enfermería que tuvieran una de estas especiali-

dades pueden solicitar al Ministerio de Educación y Ciencia la expedición de un nuevo título de especialista equiparable.

También podrán optar al título y a hacer una prueba de competencia para obtener el título de especialista aquellos ayudantes técnicos sanitarios o diplomados universitarios en Enfermería que reúnan una de las siguientes condiciones:

- Ejercicio profesional de las actividades propias de la especialidad durante 4 años como mínimo.
- Haber ejercido durante 2 años y acreditar formación según determina la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, de al menos 40 créditos o el título de Posgrado no inferior a 20 créditos.
- Haber ejercido durante 3 años de profesor de EUE en áreas del conocimiento relacionadas con la especialidad y un año de experiencia práctica asistencial en actividades propias de la especialidad.

Se puede solicitar hacer la prueba 6 meses después de que haya salido publicada la primera convocatoria de la especialidad (actualmente en este supuesto ya se han hecho las pruebas para matrona y Salud Mental).

Hasta el momento de redactar este documento el Ministerio de Educación y Ciencia ha recibido más de 60.000 expedientes, tanto para la solicitud del nuevo título de especialista, como para el acceso extraordinario a la especialidad, disposición transitoria segunda sobre el acceso excepcional al título de Especialista (Real Decreto 450/2005), y desde el Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona se han tramitado alrededor de 6.000 expedientes.

#### Formación continuada de las enfermeras

En los últimos años, las escuelas universitarias han desarrollado un papel crucial en la formación de posgrado para enfermeras que ha permitido llenar el vacío de las especialidades inexistentes.

Se han desarrollado diplomas de Posgrado y másteres sobre Enfermería Quirúrgica, Enfermería Pediátrica, Enfermería Geriátrica o Gerontológica, Enfermería Comunitaria, Salud Pública, Salud Mental, Administración y Gestión de Enfermería, Control y prevención de infecciones, Cuidados posquirúrgicos, Cuidados al paciente crítico, Metodología de la investigación, Terapias naturales, entre otros. Esta formación, junto con los programas de formación continuada de los colegios profesionales y la formación continuada (aunque escasa) en los propios centros de trabajo, ha permitido mantener y desarrollar competencias profesionales a las enfermeras a la vez que

incrementaban sus habilidades prácticas en el campo asistencial, docente, investigador y de gestión.

#### Investigación en enfermería

En 1987 el Fondo de Investigación Sanitaria (FIS) modificó los requisitos para solicitar financiación para la investigación, posibilitando que las enfermeras pudieran participar como investigadoras principales, a la vez que integraba profesionales de enfermería en las comisiones de evaluación técnica.

Existen también algunos premios financiados por colegios profesionales, fundaciones y hospitales que promueven la investigación en enfermería.

En 1996 se creó la Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investén-ISCIH) en el seno del Instituto de Salud Carlos III, que tiene como misión el desarrollo de estrategias a nivel estatal para fomentar y coordinar la investigación en cuidados, potenciando su integración en la práctica clínica diaria, con la finalidad de que los cuidados sean de mejor calidad y basados en resultados válidos y fiables.

Entre sus líneas estratégicas está la de garantizar la visibilidad de la investigación enfermera en cuidados y elaborar recomendaciones dirigidas a las estructuras de la planificación y gestión de la investigación. Por otra parte tiene un papel importante en el fomento de la formación de enfermeras en investigación y potencian el intercambio de conocimientos en el espacio europeo.

Una de sus últimas aportaciones es el acceso gratuito a todos los recursos del Instituto Joanna Briggs gracias al Ministerio de Sanidad y Consumo.

#### Revistas y publicaciones de enfermería

En los últimos 15 años se ha incrementado de forma considerable el número y la calidad de los artículos en revistas profesionales de enfermería. Ejemplo de ello son revistas consolidadas como *Rol de enfermería*, *Enfermería Clínica* y *Metas de enfermería*, sin mencionar las revistas en papel o en Internet, que diversas asociaciones profesionales publican también cada vez con mayor fundamentación metodológica gracias a las revistas indexadas y a la formación en metodología de la investigación y al desarrollo de la Enfermería Basada en la Evidencia.

#### Perfil profesional de las enfermeras y el CIE

El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) considera que la enfermera de cuidados generales está capacitada para trabajar en el ámbito general del ejercicio de la profesión en enfermería. El CIE, fundado en 1899, ha actuado

desde hace más de un siglo como defensor mundial de la enfermería y la atención de salud, con el fin de promover la más alta calidad posible de los servicios de enfermería.

El CIE, haciéndose eco de una realidad, que incluye la libre y rápida circulación de profesionales por todo el mundo, ha definido cuáles son las competencias internacionales de la enfermera generalista (Alexander, 2003) y estima que éstas son válidas y fundamentales para el ejercicio de la enfermería en los comienzos del siglo XXI aunque se compromete a actualizarlas según sea necesario para adaptarse al entorno mundial rápidamente cambiante.

#### Definición de la enfermera según el CIE

La definición de enfermera según el CIE –“Un nivel de realizaciones que demuestra la aplicación efectiva de los conocimientos, capacidades y juicio” (Consejo Internacional de Enfermeras, 1997)–, sobre la que se basan las competencias que más adelante se presentan, es la definición funcional aprobada por el Consejo de Representantes Nacionales del CIE:

“Enfermera es una persona que ha terminado un programa de formación básica y general de enfermería y está facultada por la autoridad reglamentaria idónea para ejercer la enfermería en su país. La formación básica de enfermería es un programa de estudios formalmente reconocido que proporciona una base amplia y sólida en ciencias del comportamiento, de la vida y de la enfermería para la práctica general de ésta, para una función de liderazgo y para la formación posbásica con miras a la práctica de enfermería especializada o avanzada. La enfermera está preparada y autorizada para: 1) dedicarse al ámbito general de la práctica de la enfermería, que incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los cuidados de los enfermos físicos y mentales y de las personas discapacitadas de todas las edades, en todos los contextos de la atención de salud y otros contextos de la comunidad; 2) impartir enseñanza de atención de salud; 3) participar plenamente como miembro del equipo de atención de salud; 4) supervisar y formar a los auxiliares de enfermería y de atención de salud; y 5) participar en la investigación” (CIE, 1987).

La función propia de las enfermeras al atender a las personas, enfermas o sanas es evaluar sus respuestas a su estado de salud y ayudarlas en el desempeño de las actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento o a una muerte digna, actividades que realizarían por sí mismas si tuvieran la fuerza, voluntad o conocimiento necesarios y hacerlo de tal manera que les ayude a conseguir su independencia total o parcial lo más rápidamente posi-

ble (Henderson, 1977). En el entorno total de la atención de salud, las enfermeras comparten con los demás profesionales de salud y con los de otros sectores del servicio público, las funciones de planificación, aplicación y evaluación para conseguir que el sistema de atención de salud sea adecuado para promover la salud, prevenir la enfermedad y cuidar de las personas enfermas y discapacitadas (CIE, 1987).

El código deontológico del CIE es la base de las competencias y es fundamental para la práctica de la enfermería dondequiera y con quienquiera que se practique (Código Deontológico para Enfermeras del Consejo Internacional de Enfermeras, 2000).

Marco de competencias de la enfermera según el CIE

El CIE, a partir de un proceso participativo de todos los países interesados, desarrolló un marco de competencias de las enfermeras, a partir de consultas a expertos, revisión de documentos de base relacionados con la enfermería (leyes, reglamentos, documentos nacionales o regionales...), búsqueda bibliográfica relacionada con las competencias de enfermería y revisiones críticas de las publicaciones.

Perfil profesional de las enfermeras europeas

Se analizan los perfiles profesionales de algunos países europeos para contextualizar la posición del perfil de las enfermeras de nuestro país y, en gran parte, como base documental se ha utilizado el capítulo 1 “La professió d'Infermeria a la Unió Europea” en *Formació infermera: estat de la qüestió i perspectiva internacional*. Fundació “la Caixa”. 2004.

Ejercicio de la profesión

Respecto a las competencias profesionales destacan dos tendencias: por una parte, países donde el grado de definición es más genérico (suelen ser los que tienen el rol autónomo más asumido); y por otra, países donde las competencias están muy perfiladas y delimitadas (coincidiendo con aquellos en que el rol autónomo de la enfermera no está reconocido).

En relación al rol autónomo de la enfermera, a pesar de no estar reconocido en algunos países, es una demanda que hacen todos. El código deontológico también está especificado y es de obligado cumplimiento en la mayoría de los casos. A continuación se resume en las distintas tablas las características de las funciones, competencias o actividades en los diferentes países: Bélgica (Tabla 15), España (Tablas 16 y 17), Francia (Tabla 18), Inglaterra (Tabla 19), Irlanda (Tabla 20), y Portugal (Tabla 21).

**Tabla 15. Funciones de las enfermeras en Bélgica** (Conseil National de l'Art Infirmier, 1992)

**El Libro Blanco de la Profesión Enfermera presenta las siguientes funciones:**

- Administración y gestión de los cuidados de enfermería directos
- Formación de los pacientes/clientes y del personal de salud
- La acción como miembro eficaz de un equipo de cuidados de salud a los diversos niveles de un sistema de cuidados de salud
- El desarrollo de una práctica de cuidados de enfermería basada en un espíritu crítico y de investigación

**La legislación belga regula las actividades de enfermería que pueden ser desarrolladas por *les praticants de l'art infirmier* y las clasifica en:**

- Tratamientos
- Alimentación e hidratación
- Movilización
- Higiene
- Actividades relacionadas con el diagnóstico
- Tratamientos y colaboración con el médico

**Tabla 16. Funciones y responsabilidades de las enfermeras en España (I)**  
(Real Decreto 1231/2001)

**El artículo 54 de los estatutos del Consejo General de Enfermería define:**

- Las funciones del enfermero/a derivan directamente de la misión de la enfermería en la sociedad, se llevan a cabo de conformidad con el Código Deontológico de la Enfermería española, de acuerdo con los criterios de calidad y excelencia profesional, y se mantienen constantes independientemente del lugar o del momento en que son prestados los cuidados de enfermería, el estado de salud del individuo o del grupo que vaya a ser atendido o de los recursos disponibles.
- Incumbe a la profesión de enfermería la responsabilidad de proporcionar de forma individual o, en su caso, de forma coordinada dentro de un equipo de salud, los cuidados propios de su competencia al individuo, a la familia y a la comunidad, de modo directo, continuo, integral e individualizado, mediante una formación y una práctica basada en principios de equidad, accesibilidad, cobertura y sostenibilidad de la atención.
- Los cuidados de enfermería comprenden la ayuda prestada por el enfermero en el ámbito de su competencia profesional a personas, enfermas o sanas, y a comunidades, en la ejecución de cuantas actividades contribuyan al mantenimiento, promoción y establecimiento de la salud, prevención de las enfermedades y accidentes, así como asistencia, rehabilitación y reinserción social en dichos supuestos y/o ayuda a una muerte digna.



### **Tabla 17. Competencias de las enfermeras en España (II)**

**El artículo 7.1 de la Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias establece que a los diplomados en Enfermería les compete:**

- La prestación personal de cuidados o servicios propios de su competencia profesional en las diferentes fases del proceso de atención de salud, sin detrimento de la competencia, responsabilidad y autonomía propias de los diferentes profesionales que intervienen en el proceso.
- La dirección, evaluación y prestación de los cuidados de enfermería orientados a promover, mantener y recuperar la salud, como también prevenir las enfermedades y discapacidades.

### **Tabla 18. Actividades de las enfermeras en Francia (Décret n° 93-345)**

**Las actividades relacionadas con el ejercicio de la profesión enfermera son:**

- Proteger, mantener, restaurar y promover la salud de las personas o la autonomía de sus funciones vitales físicas y psíquicas, teniendo en cuenta la personalidad de cada uno de sus componentes psicológico, social, económico y cultural.
- Prevenir y evaluar el sufrimiento de las personas y participar en su cuidado.
- Participar en la recogida de información que será utilizada por el médico para establecer su diagnóstico.
- Aplicar las prescripciones médicas y los protocolos establecidos por el médico.
- Participar en la supervisión clínica de los pacientes y en la puesta en práctica de la terapéutica.
- Favorecer el mantenimiento, inserción o reinserción de las personas en su vida social y familiar.
- Acompañar los pacientes en el final de su vida.
- Proponer, organizar o participar en actividades de formación inicial y continuada del personal enfermero, de las personas que le asisten y, eventualmente, de otro personal de salud.
- Proponer, organizar o participar en acciones de formación, de prevención y de educación en el ámbito de los cuidados de atención primaria y comunitaria.
- Proponer, organizar o participar en la investigación en el campo de la enfermería.



**Tabla 19. Competencias de las enfermeras en Inglaterra**  
(Nursing & Midwifery Council, 2006)

**La NMC destaca, entre otras, las siguientes competencias para poder ser una enfermera registrada:**

- Demostrar un compromiso ante la necesidad de desarrollo profesional continuado con la finalidad de progresar en el conocimiento, las habilidades, los valores y las actitudes necesarias para una práctica efectiva y sin peligros de la enfermería.
- Identificar las necesidades de desarrollo profesional a través de la participación en actividades como la investigación, la práctica y la formación continuada.
- Mejorar el desarrollo profesional de otros profesionales a través del soporte, el liderazgo, la supervisión, el desarrollo personal y el aprendizaje.
- Practicar la enfermería sin discriminación reconociendo las diferencias culturales y de creencias.

**Tabla 20. Funciones específicas de las enfermeras en Irlanda**  
(Irish Nursing Organization, 2007)

**El *Rewiew of Scope of Practice for Nursing and Midwifery final Report* especifica las funciones que las enfermeras perciben como propias:**

- Cuidado de los pacientes.
- Asesoramiento sobre las necesidades de los pacientes y el desarrollo de planes de cuidados.
- Promoción de la salud.
- Educación y desarrollo.
- Defensa (*advocacy*) del paciente.
- Trabajo en equipo.
- Gestión.

**Tabla 21. Áreas de actuación de las enfermeras en Portugal**  
(Decreto Ley nº 437/91)

**En un Decreto Ley de 1991 se manifiesta que, gracias a la evolución de la formación de base y a la complejidad y dignificación de su ejercicio profesional, se reconoce el valor del rol de la enfermería en el ámbito de la comunidad científica de la salud.**

**La licenciatura de Enfermería establece tres áreas de actuación:**

- Prestación de cuidados, correspondiente a las categorías de enfermera, enfermera graduada y enfermera especialista.
- Gestión, correspondiente a las categorías de enfermera jefe, enfermera supervisora y directora de enfermería.
- Asesoría técnica, correspondiente a las categorías de asesor técnico regional de enfermería y asesor técnico de enfermería.

Cada una de estas áreas tiene asociadas unas funciones propias de cada una de ellas.

## Estudios de enfermería en Europa

Reformulación de los estudios universitarios de enfermería y perfil resultante

### **La convergencia en el Espacio Europeo de Educación Superior**

La convergencia del sistema universitario español en el EEES antes del 2010 supone la introducción de una serie de cambios tanto en la estructura como en el funcionamiento de las actuales enseñanzas universitarias.

Ésta es la consecuencia de la Declaración de Bolonia, firmada en junio de 1999 por los ministros de Educación de 21 países europeos y precedida por la firmada en la Sorbona (Declaración de La Sorbona, 1998), así como los posteriores comunicados de las reuniones de Salamanca, Praga, Barcelona y Berlín. Así lo prevé la Ley Orgánica de Universidades (LOU) de 21 de diciembre de 2001 y la Ley de Universidades de Cataluña (LUC) de 19 de febrero de 2003. Ambas sirven de marco para facilitar el cambio de los sistemas universitarios en España y en Cataluña.

La Declaración de La Sorbona es la declaración conjunta de los ministros de Educación de Francia, Alemania, Italia y Reino Unido, proponiendo la creación del EEES con el objetivo de armonizar el sistema educativo europeo y promover la movilidad de los ciudadanos, crear ocupación y desarrollo general del continente europeo. Los mecanismos previstos para armonizar el sistema educativo son: una estructura básica de titulaciones flexible y generalmente aceptada; un sistema común de valoración de créditos de aprendizaje (ECTS); un sistema europeo de calificaciones; una certificación europea para el titulado (Suplemento Europeo al Título) y un sistema europeo de evaluación y acreditación de las enseñanzas universitarias.

La Declaración de Bolonia plantea que la educación es un elemento fundamental para el desarrollo social y económico de los países. Para ello es necesario garantizar a los ciudadanos que las titulaciones, los conocimientos y las capacidades adquiridas en cualquier lugar de Europa sean efectivos y validados en el resto del continente. Algunas de las recomendaciones formuladas son:

- Promover la movilidad.
- Promocionar la cooperación europea.
- Adoptar un sistema fácilmente legible y comparable de titulaciones.
- Adoptar un sistema basado fundamentalmente en los niveles principales de estudios.

- Establecer un sistema común de contabilización de créditos.
- Promover una necesaria dimensión europea en la educación superior.

En nuestro país se va adecuando la legislación para la convergencia al EEES, mediante publicaciones de reales decretos, que desarrollan los diferentes aspectos de esta adaptación.

### **La docencia en el nuevo entorno del Espacio Europeo de Educación Superior**

Esta transformación supone la adopción de un nuevo paradigma docente y la redefinición del rol del profesor y el alumno como agentes principales de este proceso.

El paso del modelo clásico basado en la enseñanza a este nuevo paradigma multidimensional está estrechamente relacionado con un conjunto de factores profundamente conectados entre sí que suponen, entre otros, un sistema educativo orientado al estudiante. Un paradigma docente en el que el estudiante es el centro de atención y que requiere inevitablemente una redefinición del rol del profesor. Hacer prevalecer aquello que el estudiante ha de aprender por encima de lo que el profesor acostumbra a enseñar supone un cambio de perspectiva importante que incidirá tanto en la mentalidad de los docentes como de los alumnos, ya que el proceso de aprendizaje requiere de una auténtica colaboración entre unos y otros.

Asimismo, otras dos tendencias caracterizan el entorno del EEES: la educación menos especializada en el primer ciclo y una mayor flexibilidad en los programas de primer y segundo ciclo.

El proceso de armonización europea representa una oportunidad de cambios profundos del sistema universitario español. Hacerlo creíble y lograr resultados positivos en sus múltiples facetas supone un esfuerzo notable que exige sumar energías, debatir puntos de vista diversos y poner en común ideas.

La magnitud de los cambios que se derivarán de la convergencia de los estudios de enfermería al EEES se verá en el impacto que este nuevo modelo de enseñanza-aprendizaje puede tener en los hospitales, centros de salud y sociosanitarios, organizaciones profesionales y científicas, etc.

Perfil profesional de los titulados en Enfermería: título de Grado  
Basándose en el perfil profesional definido por el CIE, el documento *Libro Blanco. Título de Grado de Enfermería* de la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA, 2004)<sup>(1)</sup> define que el perfil profesional de los titulados en Enfermería ha de ser generalista y responder a las siguientes competencias específicas:

- 1. Competencias asociadas con los valores profesionales y la función de la enfermera.** Primordialmente significa proporcionar cuidados en un entorno en el que se promueve el respeto a los derechos humanos, valores, costumbres y creencias de la persona, familia y comunidad, y ejercer con responsabilidad y excelente profesionalidad tanto en las actividades autónomas como en las interdependientes.
- 2. Competencias asociadas con la práctica enfermera y la toma de decisiones clínicas.** Supone, entre otros, emitir juicios y decisiones clínicas sobre la persona sujeto y objeto de cuidados, que deben basarse en valoraciones integrales, así como en evidencias científicas. Significa también mantener la competencia mediante la formación continuada.
- 3. Capacidad para utilizar adecuadamente un abanico de habilidades, intervenciones y actividades para proporcionar cuidados óptimos.** Supone realizar valoraciones, procedimientos y técnicas con pleno conocimiento de causa, destreza y habilidad excelentes y con la máxima seguridad para la persona que lo recibe y para uno mismo. Estarían también en este apartado todas las intervenciones de enfermería vinculadas a la promoción de la salud, la educación sanitaria, etc.
- 4. Conocimientos y competencias cognitivas.** Significa actualizar los conocimientos y estar al corriente de los avances tecnológicos y científicos, cerciorándose de que la aplicación de estos últimos son compatibles con la seguridad, dignidad y derechos de las personas.
- 5. Competencias interpersonales y de comunicación** (incluidas las tecnologías para la comunicación). Supone proporcionar la información adaptada a las necesidades del interlocutor, establecer una comunicación fluida y proporcionar un óptimo soporte emocional. También significa utilizar sistemas de registro y de gestión de la información utilizando el código ético, garantizando la confidencialidad.

---

(1) Ver el apartado: Perfil profesional de las enfermeras según el CIE en este documento.

- 6. Competencias relacionadas con el liderazgo, la gestión y el trabajo en equipo.** Supone capacidad para trabajar y liderar equipos y también garantizar la calidad de los cuidados a las personas, familias y grupos, optimizando los recursos.

### **Competencias transversales del título de Grado de Enfermería**

El Libro Blanco sobre el título de Grado de Enfermería, distingue entre las competencias específicas en relación al perfil profesional y las genéricas o transversales.

Las competencias transversales o genéricas, si bien se podrían agrupar en categorías instrumentales, personales y sistémicas, todas ellas hacen referencia a la formación de cualquier universitario en sentido genérico. Por tanto, todas ellas deben ser adquiridas por los universitarios independientemente de los estudios que cursen. Cabría la duda de si se requerirían bloques de materias para abordar estas competencias o si se podrían abordar desde los bloques de materias que desarrollan las competencias específicas. En el proyecto de título de Grado, se entiende que su abordaje se puede realizar desde los bloques específicos de una forma progresiva y se puede controlar la adquisición de estas competencias por medio del sistema de tutorías individualizadas.

Para el estudio de estas competencias se siguieron las recomendaciones del grupo Tuning de Enfermería<sup>(2)</sup> (Tuning Educational Structures in Europe, 2000-2004). Se acordó pasar los cuestionarios a los profesores de las escuelas participantes, los empleadores (directoras de enfermería) y a los profesionales asistenciales con una experiencia de entre 5 y 10 años. La Tabla 22 muestra el orden de importancia, según porcentaje, de las competencias transversales del perfil profesional de enfermería, así como el tipo de competencia al que se refiere.

---

(2) Proyecto Tuning 2000-2004. Proyecto europeo, nacido a nivel de las universidades europeas, para responder al desafío de Bolonia, cuyo lema era "Afinar (en su sentido musical) las estructuras y los programas educativos sobre la base de la diversidad y la autonomía. Definen una metodología para diseñar, planificar e implementar los currículos. Una de las líneas del proyecto era conocer el nivel de importancia que daban graduados, empleadores y docentes a 30 competencias genéricas y evaluación de su desarrollo en los centros de Educación Superior.

Se puede consultar sobre el grupo Tuning en:

<http://europa.eu.int/comm/education/socrates/TuningProject>;

<http://www.relint.deusto.es/TuningProject/index.htm>; <http://www.let.rug.nl/TuningProject/index.htm>

**Tabla 22. Competencias transversales según orden de importancia****Orden de importancia, según porcentaje, de las competencias transversales del perfil profesional de enfermería (ANECA, 2004)**

| Competencia   | % Mucha importancia |
|---|---------------------|
| Capacidad de aplicar conocimientos en la práctica ***   | 86                  |
| Trabajo en equipo **  | 83                  |
| Motivación ***  | 82                  |
| Compromiso ético **   | 79                  |
| Resolución de problemas *   | 77                  |
| Conocimientos básicos de la profesión *   | 76                  |
| Capacidad de aprender ***   | 76                  |
| Preocupación por la calidad ***   | 74                  |
| Capacidad para trabajar en un equipo interdisciplinar **  | 73                  |
| Toma de decisiones*   | 72                  |
| Capacidad para adaptarse a nuevas situaciones ***   | 69                  |
| Conocimientos generales básicos sobre el área de estudio *  | 60                  |
| Capacidad de crítica y autocrítica **   | 59                  |
| Capacidad para comunicarse con personas no expertas en la materia **  | 58                  |
| Habilidades interpersonales **  | 56                  |
| Capacidad de análisis y síntesis *  | 55                  |
| Planificación y gestión del tiempo *  | 55                  |
| Comunicación oral y escrita en la lengua materna *  | 55                  |
| Habilidad para trabajar de manera autónoma ***  | 51                  |
| Capacidad para generar nuevas ideas (creatividad) ***   | 44                  |
| Habilidades de gestión de la información (habilidad para buscar y analizar información proveniente de diversas fuentes) * | 43                  |
| Apreciación de la diversidad y la multiculturalidad **  | 40                  |
| Iniciativa y espíritu emprendedor ***   | 40                  |
| Habilidades de investigación ***  | 24                  |
| Habilidades básicas de manejo de ordenadores *  | 21                  |
| Diseño y gestión de proyectos ***   | 18                  |
| Liderazgo ***   | 15                  |
| Conocimiento de culturas y de costumbres de otras culturas ***  | 15                  |
| Habilidad para trabajar en un contexto internacional **   | 13                  |
| Conocimiento de una segunda lengua *  | 11                  |

\*Competencias instrumentales; \*\* Competencias interpersonales; \*\*\* Competencias sistémicas.

Los tipos de competencias analizadas eran:

- Competencias instrumentales: capacidades cognitivas, metodológicas, tecnológicas y lingüísticas.
- Competencias interpersonales: capacidades individuales, tales como las habilidades sociales (interacción social y cooperación).
- Competencias sistémicas: capacidades y habilidades relativas a todos los sistemas (combinación de entendimiento, sensibilidad y conocimiento, siendo necesaria la previa adquisición de competencias instrumentales e interpersonales).

Cada competencia se debía valorar según la importancia que se considera que la misma tiene para el desarrollo del campo de trabajo de la profesión, valorando de 1 a 4 según se considere la competencia que tiene: ninguna (1), poca (2), bastante (3) o mucha importancia (4).

Los resultados ordenados del grupo Tuning de Enfermería, según el porcentaje de respuestas que consideran la competencia de mucha importancia (4) para el perfil profesional se recogen en la Tabla 22.

Hay una gran coincidencia con las valoraciones del grupo Tuning de Enfermería a nivel europeo, con la única diferencia de la motivación. Aquí aparece en tercer lugar, probablemente por las condiciones laborales de los enfermeros de nuestro país (bajo reconocimiento, plantillas muy ajustadas).

## Oferta de titulados en Cataluña

Análisis cuantitativo del número de titulados

El análisis cuantitativo del número de titulados en Cataluña se presenta en la Tabla 23 agrupado en función de la universidad y detallado por cada escuela, a lo largo del período 2000-2005, de forma consecutiva durante siete años, lo que corresponde el año 2000 al curso académico 2000-2001 y el 2005 al curso académico 2005-2006 (Esteve, n.d.). Durante este período se ha producido una disminución del 22% en el número de titulados pasando de 1.735 hasta 1.353 en valores absolutos. Este descenso se produce mayoritariamente como consecuencia de la disminución de titulados en las universidades privadas y en algunas escuelas adscritas a la Universidad Autónoma de Barcelona.

| <b>Tabla 23. Número de titulados en Cataluña durante el período 2000-2006</b> |              |              |              |              |              |              |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| <b>Número de titulados en Cataluña (1)</b>                                    |              |              |              |              |              |              |
| Año académico   | 2000-01      | 2001-02      | 2002-03      | 2003-04      | 2004-05      | 2005-06      |
| <b>Universidad Autónoma de Barcelona</b>                                      |              |              |              |              |              |              |
| EU de Ciencias de la Salud de Manresa (A)                                     | 88           | 59           | 54           | 49           | 33           | 32           |
| EUE Creu Roja (A)   | 133          | 109          | 134          | 102          | 103          | 114          |
| EUE del Hospital Sta. Creu i St. Pau (A)                                      | 80           | 77           | 78           | 94           | 75           | 79           |
| EUE Vall d'Hebron (A)   | 92           | 114          | 82           | 102          | 100          | 84           |
| EUE y Fisioteràpia Gimbernat (A)  | 148          | 150          | 142          | 107          | 107          | 78           |
| <b>Universidad de Barcelona</b>   |              |              |              |              |              |              |
| EUE (P)   | 279          | 173          | 253          | 218          | 266          | 269          |
| EUE Sant Joan de Déu (A)  | 110          | 128          | 111          | 119          | 116          | 132          |
| EUE Santa Madrona (A)   | 72           | 79           | 71           | 66           | 83           | 77           |
| <b>Universidad de Girona</b>  |              |              |              |              |              |              |
| EUE (P)   | 78           | 70           | 76           | 74           | 78           | 78           |
| <b>Universidad Internacional de Cataluña</b>                                  |              |              |              |              |              |              |
| Facultad de Ciencias de la Salud (Pr)   | 108          | 70           | 74           | 23           | 22           | 25           |
| <b>Universidad de Lleida</b>  |              |              |              |              |              |              |
| EUE (P)   | 64           | 73           | 63           | 80           | 73           | 73           |
| <b>Universidad Pompeu Fabra</b>   |              |              |              |              |              |              |
| EUE Mare de Déu del Mar (A)   | 78           | 67           | 75           | 61           | 62           | 74           |
| <b>Universidad Ramón Llull</b>  |              |              |              |              |              |              |
| EUE, Fisioterapia y Nutrición Blanquerna (Pr)                                 | 165          | 117          | 130          | 108          | 73           | 60           |
| <b>Universidad Rovira i Vigili</b>  |              |              |              |              |              |              |
| EUE (P)   | 73           | 65           | 87           | 66           | 58           | 57           |
| EUE Verge de la Cinta (A)   | 69           | 84           | 89           | 62           | 56           | 60           |
| <b>Universidad de Vic</b>   |              |              |              |              |              |              |
| EU de Ciencias de la Salud (Pr)   | 101          | 109          | 112          | 35           | 41           | 29           |
| <b>TOTAL</b>  | <b>1.735</b> | <b>1.526</b> | <b>1.578</b> | <b>1.378</b> | <b>1.376</b> | <b>1.353</b> |

A (centro adscrito); P (centro propio); Pr (centro privado); EU (Escuela Universitaria); EUE (Escuela Universitaria de Enfermería).



## Resultados de las entrevistas en profundidad

Los resultados que se presentan a continuación se han obtenido a partir de análisis minucioso de la información aportada por las informantes clave durante la entrevista en profundidad. Los resultados de las experiencias y de las percepciones de las participantes ponen de manifiesto que el tema propuesto es complejo y rico.

De todas formas ha sido posible identificar los cinco temas principales que se muestran en la Tabla 24.

| <b>Tabla 24. Temas principales de las entrevistas en profundidad</b> |
|--|
| Evolución de la profesión: individual y colectiva                    |
| Formación de enfermera   |
| Carrera profesional vs. carrera académica                            |
| Reconocimiento profesional   |
| Propuesta y oferta del sistema                                       |

### Evolución de la profesión: individual y colectiva

La disciplina enfermera ha experimentado una evolución integral asumiendo el cuidado de la persona y el rol autónomo, potenciando además un perfil humanista.

La evolución de la enfermera en los últimos años ha sido coherente con su historia. Los cambios de 1977, con la incorporación de los estudios de enfermería a la universidad, permitió recuperar el nombre de “enfermera”, así como los objetivos de la profesión.

Se ha producido la evolución natural de una profesión muy compleja situada en un entorno que no facilita el desarrollo profesional. Esta evolución es muy importante a nivel individual ya que la disciplina enfermera ha sido asumida a este nivel pero no colectivamente. La suma de las diversas individualidades ha generado el avance, al integrar el concepto de profesionalización.

Sin embargo, cuando se analiza la evolución como colectivo profesional, existe un grave problema. Las estructuras representativas, tales como asociaciones profesionales, sociedades científicas, sindicatos y otros colectivos, no están en consonancia con la evolución individual de la profesión. Por otra parte, se deben considerar las connotaciones positivas y negativas de un colectivo mayoritariamente femenino y que la media de edad como grupo profesional ya empieza a ser elevada.

La enfermera actual es más autónoma, más consciente y está más comprometida con el objetivo profesional; antes era mucho más intuitiva. Identificar las diferentes dimensiones del cuidar ha generado una gran concienciación como profesionales, pero todavía existen dificultades en la expresión de dicho objetivo. Existe una clara orientación a la consecución del objetivo, están comprometidas como profesionales, saben traducir en actos esta orientación, por lo que hay una aplicación en la práctica. Se observa además un progresivo incremento de la producción científica de la enfermería, pero lamentablemente esta producción científica no se traduce en un relevo generacional claro en el liderazgo de la profesión, hecho que constituye un grave problema debido sin duda alguna a causas relacionadas con múltiples factores.

Las futuras enfermeras con título de Grado van a disponer de más tiempo de formación, lo que les va a proporcionar una mayor maduración de los conocimientos y una mejor integración a la práctica. También la utilización de métodos de aprendizaje más activos les facilitará el logro de las competencias específicas (propias de la profesión) y también las genéricas o transversales (aquellas que ha de adquirir cualquier estudiante universitario), necesarias para el desarrollo de una óptima práctica profesional. Por lo tanto, el conocimiento no va a estar limitado al terreno de la teoría, por lo que se favorecerá la seguridad y el desarrollo de nuevas áreas de conocimiento.

Un aspecto a considerar, dentro de la futura evolución, es la repercusión que pueda tener el hecho de que los estudios van a prolongarse a cuatro años y el papel que juega el hecho de disponer de pocas plazas públicas y por lo tanto los costes elevados de los estudios de enfermería. Cuando se analiza la formación de posgrado, los gastos siguen siendo elevados ya que la mayoría de la formación de posgrado (másteres no oficiales) responden a títulos propios de la universidad.

#### Formación enfermera

El profesional que sale actualmente de las escuelas es un generalista que está bien preparado para actuar en este perfil; sin embargo, como cualquier otro recién graduado en otras disciplinas, no está suficientemente formado para cargos de responsabilidad ni para ciertas especialidades.

Es importante garantizar el pleno desarrollo de las competencias específicas y tener claro que las materias troncales son garantía de homogeneidad. Sólo puede diferir la aplicación, pero el contenido ha de ser el mismo. Se debe, por tanto, formar en todo cuanto significa profesional enfermero, pero no sólo de una forma teórica.

El sistema universitario no ha reconocido la enfermería como una disciplina a nivel superior, y esto ha dificultado el desarrollo de la misma. Esta imposibilidad de completo desarrollo académico dentro de la propia disciplina es una incoherencia del sistema. No reconocer el doctorado indica la negativa a reconocer la capacidad de la disciplina de crecer como profesión. En estos momentos un estudiante de Enfermería hace el mismo esfuerzo, en un número total de horas que muchos licenciados, en términos de créditos con un reconocimiento inferior.

La creación del Espacio Europeo de Educación Superior y las modificaciones que conlleva implican el reconocimiento de la enfermería como una disciplina.

El título de Grado ubica la enfermería en una situación de igualdad con el resto de las titulaciones universitarias, pasa a ser reconocida como una disciplina y se abre la posibilidad de carrera académica propia.

#### Carrera profesional vs. carrera académica

En los próximos años, cuando los nuevos profesionales enfermeros se planteen qué carrera seguir, van a disponer de dos opciones que se pueden describir como paralelas y por lo tanto de difícil confluencia.

Por una parte, después del Grado se podrá acceder a una especialidad, lo que designamos como carrera profesional o bien a un máster académico oficial seguido del doctorado, situación que corresponde a la carrera académica. Lo más probable es que la elección se realice en función de si la persona tiene interés en el ámbito asistencial o en el académico. Se hace difícil compaginar la formación profesionalizadora y la académica. Para la asistencia se valora más una especialidad que un máster y el nivel de exigencia es elevado, con un examen a escala nacional. En cambio el máster está más relacionado con el ámbito académico y de gestión. Un desiderátum sería que algunos créditos de formación pudiesen ser utilizados como créditos para la rama académica o profesional indistintamente, pero hasta el momento son dos mundos infranqueables.

#### Propuesta y oferta del sistema

La inserción laboral que ofrece el sistema sanitario es, en general, precaria a nivel organizativo y contractual. No se considera la importancia de la inserción del recién graduado. La primera inserción laboral va a continuar siendo más o menos traumática en función del tipo de formación recibida y de la práctica clínica, siendo muy importante que éstas sean reflexivas y formativas. En este momento el estudiante se transforma, a veces en cuestión

de horas, en un profesional sin experiencia que debe desempeñar las mismas funciones y demostrar las mismas competencias que uno con experiencia. No se tiene en cuenta que la experiencia y la expertez sólo se adquieren con los años si las condiciones son favorables. Por lo tanto, las condiciones laborales de inserción son aspectos claves para que los nuevos profesionales se conviertan en profesionales expertos.

El sistema, cuando oferta plazas, no distingue entre profesional enfermero formado a nivel de posgrado, máster o especialidad y esta situación genera desconfianza al profesional. La valoración que hace el profesional es que debe de estar muchos años formándose, con un coste elevado para el propio profesional que contrasta con la retribución que va a percibir por su trabajo.

Desde un liderazgo enfermero, se debe de realizar un análisis global y buscar fórmulas de reconocimiento para que la profesión resulte atractiva y más competitiva. La enfermera debe estar en los sitios de toma de decisiones asumiendo el reto de ser capaz de demostrar cuál es su aportación específica a los resultados de los pacientes, ya que si no corre el riesgo de ser sustituida por otro profesional de menor coste para el sistema. Deben ser capaces de diseñar un modelo o planteamiento teórico sobre la plantilla requerida en un centro asistencial y la proporción necesaria en función de la formación, lo que pasa por definir perfiles y puestos de trabajo, y desde el equipo de salud, planificar con suficiente antelación las competencias compartidas de los diferentes profesionales.

En torno a las especialidades

Alguna especialidad se desarrollará para responder a necesidades concretas del modelo asistencial aunque la especialidad de Enfermería Médico-Quirúrgica no se acaba de entender a qué necesidades concretas pretende responder. Se debe esperar a que se especifique cuál va a ser la propuesta concreta de programa formativo, que es la que determinará los objetivos cualitativos y cuantitativos de la misma. Ningún profesional se siente identificado con esta especialidad, por lo que probablemente se deberán desarrollar en el futuro áreas de capacitación.

Un aspecto fundamental es si las especialidades deben seguir el modelo médico o deben ser definidas en relación con el campo de competencias enfermeras, como por ejemplo enfermera especialista en anestesia o especialista en dolor. No parecería lógico copiar el modelo médico, cuando además éste está en plena revisión.

### **Calendario de implementación**

No existe ningún calendario de implementación. A finales del primer trimestre de 2007 quedaron constituidos los órganos asesores y consultivos referentes a las especialidades.

La comisión delegada incluye un representante de cada especialidad; en concreto es el presidente de cada comisión de especialidad que forma parte de esta comisión delegada, junto con un representante de la Comisión de Recursos Humanos (RRHH) del Sistema Nacional de Salud, compuesta por las direcciones generales de RRHH de los servicios de salud de todas las Comunidades Autónomas (CCAA), del Ministerio de Sanidad y Consumo y del Ministerio de Educación y Ciencia. El objetivo de la comisión delegada es establecer las directrices comunes para todas las especialidades. A partir de la perspectiva y de la especificidad de cada especialidad, se pretende llegar a un acuerdo de mínimos. Esta comisión se constituyó en julio de 2007. La comisión delegada acordará algunos aspectos comunes para el desarrollo de las especialidades, pero el calendario vendrá determinado en primer lugar, por la aprobación de los programas formativos y de los requisitos para la acreditación de unidades docentes. Después, el calendario lo determinará la oferta que hagan las CCAA de plazas de formación de especialistas, una vez que tengan unidades acreditadas.

### **Representación de las Sociedades Científicas**

Las Sociedades Científicas (SSCC) están representadas en las comisiones nacionales de las especialidades con dos vocales. En la especialidad de Enfermería de Cuidados Médico-Quirúrgicos, están representadas alrededor de unas treinta SSCC.

En junio de 2005, las SSCC se agruparon y constituyeron la Unión Española de Sociedades Científicas de Enfermería (UESCE). La UESCE, que existía previamente como federación, en la actualidad aglutina 36 Asociaciones y Sociedades Científicas de Enfermería, la mayoría de ellas pertenecen a la especialidad de Enfermería de Cuidados Médico-Quirúrgicos.

### **Reconocimiento profesional**

Las nuevas especialidades ponen de manifiesto el tema del reconocimiento profesional. Está por concretar cómo se van a reconocer el grado, el máster, la especialidad y el doctorado. Es necesaria la descripción de los diversos roles/servicios profesionales que pueden desempeñar las enfermeras y definir claramente estas líneas que son flexibles y dinámicas, para cada uno de los ámbitos de actuación.

El Espacio Europeo de Educación Superior y sus modificaciones harán más atractivo el contenido del programa formativo, pero el reto está en buscar fórmulas que llamen la atención desde la perspectiva profesional y esto pasa por hacer atractivo el cuidado y objetivar los resultados de éste. El perfil de la nueva enfermera graduada en 4 años seguirá siendo generalista pero va a estar mejor preparada en competencias específicas y también en las transversales o genéricas, y tendrá más conocimientos de la disciplina, de metodología científica y de pensamiento crítico. El reconocimiento profesional se modificará sobre la base de esta aportación de elementos muy positivos como son la igualdad con otras disciplinas y la capacitación para la investigación. Lo importante es ver cómo se manejará estratégicamente, ya que como grupo profesional será más caro para el sistema.

Las perspectivas futuras rompen un techo inalcanzable hasta este momento. Podrá hacer el doctorado cualquier profesional sin que sea necesario recurrir a otras disciplinas cuando se quiera acceder a una formación académica superior. Esto va a suponer el cambio real del perfil del futuro profesional. En el contexto de la práctica asistencial, el reconocimiento debe poder desarrollar el cuerpo propio de conocimientos y, por lo tanto, repercutirá en la práctica clínica diaria.

### **Competencias**

Las competencias de las enfermeras especialistas las marcará el programa formativo que todavía no está establecido. Estará relacionado con la propuesta de mínimos procedente de la comisión delegada y con la definición de los perfiles relativos a cada especialidad que haga cada comisión específica. No hay ningún perfil claramente definido excepto para matrona y para el especialista de Enfermería de Salud Mental. En relación con la oferta de puestos de trabajo con las categorías de especialistas, esto sólo ocurre para la especialidad de matrona y en algunas CCAA (Cantabria, País Vasco, Aragón) para la especialidad de Enfermería de Salud Mental.

Lo ideal sería que las competencias establecidas para cada especialidad se utilizaran para definir los puestos de trabajo. Posiblemente lo más adecuado habría sido, en función de las necesidades de la población y del requerimiento del puesto de trabajo acorde con estas necesidades, diseñar las competencias de las especialidades. Es decir, primero diseñar los puestos de trabajo y segundo, las competencias específicas que corresponden al puesto de trabajo.

Señalar que los presidentes de las siete Comisiones Nacionales de las Especialidades de Enfermería forman parte del Consejo Nacional de Es-

pecialidades en Ciencias de la Salud, además de un vocal representante de todos los vocales de enfermería y de un representante del Colegio de Enfermería.

### **Especialidades y puestos de trabajo**

Para trabajar de matrona es necesario ser especialista, para trabajar en Salud Mental actualmente depende de la comunidad autónoma. A parte de estas situaciones, y en algún caso concreto en el ámbito de la empresa (lo que sucede con la Enfermería de Trabajo), el resto de puestos de trabajo en España para enfermería son de enfermera generalista.

### **Especialidades y doctorado**

El título de especialista habilita para el ejercicio de una especialidad dentro de la profesión, pero por el momento no tiene validez académica. Al igual que en otras disciplinas se ha propuesto al Ministerio de Educación y Ciencia la posibilidad de que se reconozca y convalide algún crédito de la especialidad a aquellos profesionales que quieran acceder a doctorados.

En relación a los másteres de profesionalización, hoy por hoy no existe ningún puesto de trabajo que considere que es condición necesaria para ocuparlos disponer de una formación específica, si bien en alguna situación puede ocurrir que se indique que ésta se valorará. En la oferta pública de empleo no se catalogan estos másteres.

El desarrollo de las especialidades va a depender en gran medida de las CCAA; de cómo cada comunidad establezca lo que necesita, de que cada una de las CCAA esté dispuesta a acreditar unidades docentes y a pagar residentes.

## **Fase 2. Estado de opinión y expectativas de los actores implicados**

### **Resultados de los grupos de discusión**

Los participantes han sido informantes clave relacionados con el sector, o bien desde el ámbito de la universidad (docencia universitaria, dirección de escuelas de enfermería), o bien desde el ámbito de los centros sanitarios (gerencia, dirección de recursos humanos, dirección de enfermería), así como con expertos y perfiles estratégicos. Se han llevado a cabo cuatro grupos y el total de participantes ha sido de 47 personas. En todos los grupos se ha mantenido la heterogeneidad de perfiles y se ha cumplido el criterio de saturación de la información.



Los grupos de discusión se han realizado los días 7, 8, 12 y 13 de febrero de 2007, con una duración de dos horas cada uno, y han sido conducidos por Isabel Casanovas y, conjuntamente y de forma alternada, por Montse Renom y Laia Pellejà, de Actíva Prospect. En los grupos de discusión, Mireia Subirana y Lena Ferrús, de forma alternada, han hecho las funciones de observación y supervisión. Los grupos estuvieron integrados por 11 personas (7 febrero), 10 personas (8 febrero), 12 personas (12 febrero) y 14 personas (13 febrero).

La información que tenían la mayoría de participantes respecto a los dos grandes temas que se pretendían explorar, la aplicación de los Acuerdos de Bolonia y las especialidades, era bastante general. Fueron los que trabajan en el ámbito académico y los de profesión enfermera, quienes ofrecieron al resto de participantes información profunda y detallada sobre ambos temas. Sin embargo, este hecho no provocó, en general, liderazgos informales ni entorpeció la dinámica de los grupos.

En todos los grupos hubo dos aspectos a considerar: por un lado, un reconocimiento explícito de los aspectos positivos del cambio; y por otro lado, una crítica a la falta de coordinación entre los responsables de los planes formativos y los responsables de las organizaciones. También se observó una actitud crítica hacia algunas de las prácticas comunes del sistema sanitario y de las propias organizaciones. Cabe resaltar que dichas críticas eran sobre la situación actual y, por tanto, independientes de las amenazas percibidas como consecuencia de los cambios del perfil profesional de las enfermeras. Por este motivo, y a modo de preámbulo, se ha considerado interesante dedicar un apartado a los aspectos más críticos de la situación actual y otro a los aspectos positivos del cambio. Después de estos apartados se analizan los resultados y se presentan agrupados en función de su relación con los estudios de Grado y con los estudios de especialidades.

## Aspectos críticos de la situación actual

### Distancia entre el ámbito académico y el laboral

Los comentarios, que se sitúan en polos opuestos, evidencian la distancia percibida entre los representantes académicos y los que tienen responsabilidades de gestión en el sistema sanitario. Por un lado, desde la universidad se muestran críticos porque las organizaciones no permiten desplegar el rol autónomo a las enfermeras y consideran que las demandas del sistema sanitario infrutilizan sus competencias y, por otro, desde las organizaciones tienen la percepción de que la formación universitaria no responde a las ne-



cesidades del sistema sanitario. Existe la visión compartida que dicha distancia tiene repercusiones en la calidad de la asistencia.

#### Sistema sanitario insostenible

La falta de límites de las políticas sanitarias y el tipo de asistencia prestado han propiciado una sanidad muy medicalizada y han creado dependencia del sistema. El sistema sanitario tiene una visión muy verticalizada en lugar de tener una visión más transversal, lo que haría que el servicio prestado fuera más eficiente. También se cuestiona la construcción y apertura de nuevos centros sanitarios, cuando el mercado de recursos humanos no puede dar respuesta por la evidente falta de profesionales, especialmente médicos y enfermeras. Respecto al déficit de profesionales sanitarios, se cuestiona también la falta de previsión y planificación al respecto, máxime teniendo en cuenta que la demanda de estos estudios acostumbra a superar la oferta, y que el déficit de profesionales no ha sido inesperado, por lo que se hubieran podido planificar algunas medidas para paliar el problema.

#### La polivalencia

Se cuestiona el abuso de las rotaciones de las enfermeras bajo la etiqueta de la polivalencia. En la práctica, y desde la gestión, el concepto de enfermera polivalente se ha usado como sinónimo de enfermera generalista. Esta práctica no ha contribuido en la calidad de la atención prestada.

#### El trabajo en equipo: la asignatura pendiente

El trabajo en equipo es una asignatura pendiente del sistema sanitario. En general, no se ha conseguido trabajar de forma interdisciplinar. Los profesionales trabajan en paralelo o en el mejor de los casos en equipos multidisciplinares pero sin objetivos comunes ni planificación y consenso de la aportación de cada uno de los profesionales para conseguir alcanzar los objetivos planteados.

### Aspectos positivos del cambio de formación y perfil profesional enfermero

#### El proceso de desarrollo enfermero: de ayudantes técnicos sanitarios (ATS) a Grado

El poco tiempo transcurrido en el desarrollo enfermero se valora como muy positivo. Pasar de una ocupación a una profesión, aunque con limitaciones académicas, y de título de primer ciclo terminal a título de Grado con posibilidades de carrera académica es un éxito que responde a las reivindicaciones históricas que hicieron las enfermeras desde su entrada en la universidad.

La unificación con los estudios universitarios de la Europa Comunitaria

La unificación de los estudios de enfermería con los demás estudios universitarios representa un paso más en la construcción europea, que no sólo facilita la movilidad de profesionales sino que además elimina el agravio comparativo que han sufrido estos estudios respecto a los demás. Agravio que se manifestaba entre otras cosas en el número de créditos superior, a veces, a los de algunas licenciaturas y que, sin embargo, no permitía el acceso al doctorado y por tanto a la posibilidad de un desarrollo significativo de la disciplina enfermera.

El cambio de modelo pedagógico

El cambio de modelo pedagógico centra el foco de interés en lo que el estudiante aprende en lugar de centrarse en lo que el profesor enseña. Representa un salto cualitativo en la medida que la formación está orientada hacia el desarrollo de nuevas competencias, unas más transversales y otras más específicas, pero todas ellas útiles para responder a las necesidades de salud de la población, y para poder trabajar eficientemente en equipos multidisciplinares y en organizaciones complejas.

## Estudios de Grado

Se considera que el desarrollo de la Declaración de Bolonia va a conseguir un hito pendiente para la carrera académica de la enfermería. A largo plazo, representará un paso adelante en relación al reconocimiento social de la profesión enfermera. Por otra parte, este cambio contribuirá a formar profesionales más reflexivos, con mayor capacidad para evaluar el resultado de sus intervenciones y trabajar con los principios de la Enfermería Basada en la Evidencia, lo que mejora la utilidad de este tipo de formación. No se considera valor de mercado la carrera académica, sin embargo se reconoce su utilidad para el desarrollo de la disciplina.

Distancia universidades-organizaciones

Desde las organizaciones sanitarias se reprocha no haber escuchado su opinión en la implementación de los cambios. En este sentido y desde la gestión se considera que hubiera sido más útil que las enfermeras de grado acabaran no como generalistas sino con un cierto grado de expertez y que se pudiera coordinar el último año con las especialidades. La formación debe responder prioritariamente a las necesidades de la sociedad, de las organizaciones y del sistema sanitario. Este distanciamiento puede producir una pérdida de inversión formativa y frustración para los profesionales, si no se encaja en las necesidades del sistema.

En este caso, es probable que se necesiten otros profesionales para cubrir el vacío entre la enfermera de Grado y la auxiliar, aunque también existe la opinión que este vacío lo pueden cubrir las auxiliares de enfermería, que en la práctica y, en muchas ocasiones, ya lo hacen actualmente.

#### Falta de enfermeras

Preocupa principalmente que se agrave la falta de enfermeras como resultado del cuarto año de formación y del incremento de demanda de cuidados como consecuencia de los cambios demográficos y de la aplicación de la Ley de la Dependencia. Se teme que la repercusión de la falta de enfermeras provoque una infravaloración del conocimiento enfermero, lo que podría obligar a contratar sin demasiados requisitos.

Algunas soluciones propuestas desde el ámbito académico son: que en el último año de diplomados se doble el número de estudiantes; o que las escuelas empiecen gradualmente con la formación de Grado.

También preocupa que con la formación de Grado y las especialidades las enfermeras se incorporen tardíamente al mercado laboral, lo que también incrementará la falta de enfermeras, por lo que se sugiere de nuevo que el último año de Grado pueda coordinarse con las especialidades.

Respecto a la demanda de los estudios de enfermería, no está muy claro si estos cambios los harán más atractivos o por el contrario perderán algunas ventajas, como por ejemplo la de “carrera corta”. Por tanto, puede que los estudios de enfermería pierdan demanda como consecuencia de situarse al mismo nivel que los demás a los que también tendrán acceso y que, seguramente, tienen condiciones laborales más atractivas y acordes con la cultura del ocio presente en nuestra sociedad. En algún caso se proponen políticas para integrar las escuelas de enfermería adscritas a las universidades públicas, lo que disminuiría muy considerablemente el coste que tienen para los estudiantes, situándolo al mismo nivel que los demás.

Otro tema de preocupación es cómo se cubrirán los puestos de trabajo de los nuevos centros hospitalarios que están previstos construir. En este sentido, se cuestiona si es necesario que el sistema sanitario crezca cuando faltan recursos humanos para poder satisfacer la demanda que ocasionan.

Se reconocen algunos factores que influyen en la fuga de profesionales a otros países como las condiciones laborales poco atractivas y el modelo organizativo actual de los centros sanitarios. Las mejoras en las condiciones laborales para hacerlas más atractivas a los profesionales, además del reco-

nocimiento a la formación recibida a través de puestos de trabajo acordes con esta formación, son algunas de las soluciones propuestas. Esto permitiría hacer más visible el rol enfermero y obtener un mayor prestigio social, hecho que contribuiría a hacer más atractiva esta profesión.

En definitiva, la falta de profesionales, con el desarrollo del marco de Bolonia y del decreto de las especialidades, dependerá de cómo se organice el sistema sanitario. Si el modelo se basa en un enfoque comunitario (atención a la comunidad, educación sanitaria y prevención y promoción de la salud), posiblemente no serían necesarios tantos profesionales. En este sentido, hay que promover el autocuidado y compartir la responsabilidad sobre la salud, informando a los pacientes y haciendo un seguimiento.

#### Puestos de trabajo y perfil de profesionales

Se considera prioritario construir un mapa de necesidades de las organizaciones para poder definir los puestos de trabajo y los requisitos para ocuparlos. Se manifiesta la necesidad de pasar de la polivalencia a las áreas de expertez.

Existe acuerdo en que el papel de la enfermera de Grado/generalista debe ser importante y se apunta que podría delegar actividades y actuar más como apoyo, coordinación y seguimiento del estado del paciente. Esto implicaría un flujo de trabajo y cambio de roles entre los profesionales. Este proceso debería ser progresivo y con la participación de los agentes implicados.

Se considera que el título de Grado producirá un cambio en las funciones que hacen actualmente las enfermeras, aunque no es coincidente la visión de qué funciones en concreto podrán ejercer.

En cuanto a la transferencia de trabajo entre médicos y enfermeras, para el colectivo de enfermeras, el título de Grado permitirá desarrollar la profesión a nivel científico (dirección de proyectos de investigación) y preparará a los graduados para la gestión de prescripciones de algunos medicamentos y para el triaje (clasificación, por niveles de gravedad, de los pacientes que acuden al servicio de urgencias por parte de las enfermeras) en servicios de urgencias hospitalarios o en atención primaria.

Los médicos y las auxiliares no tienen una misma visión generalizada en cuanto a la prescripción de medicamentos.

Se pone de manifiesto que, en la actualidad, las funciones que más demandan los centros sanitarios a las enfermeras se relacionan con la gestión,

el conocimiento y elaboración de los protocolos y la metodología del centro. En segundo término aparecen la capacidad de decidir y trabajar de forma autónoma, mantener al día sus conocimientos teórico-prácticos, desarrollar tareas de investigación y docencia, el trabajo en equipo y el fomento de la salud.

### Trabajo en equipo

La especialización en exceso dificulta el trabajo en equipo y disminuye la polivalencia. Reconoce el trabajo en equipo como una asignatura pendiente del sistema sanitario y, sin embargo, se considera la pieza clave para el cambio propuesto, ya que actuaría como eje vertebrador de las relaciones interprofesionales, por la complicitad que conlleva compartir objetivos comunes, y repercutiría en una mayor eficiencia del trabajo de los profesionales.

Para hacer efectivo el trabajo en equipo, primero hay que introducir una serie de cambios en las organizaciones, definir los puestos de trabajo y determinar las competencias. La preocupación al respecto es que los médicos no acepten el nuevo estatus de las enfermeras, por lo que se proponen dos tipos de intervenciones: una a corto plazo, que se inclinaría por encontrar estrategias para que los médicos puedan aceptar el cambio formativo de las enfermeras; y otro a medio plazo, que pasaría por compartir entre los estudiantes de Ciencias de la Salud y bajo el paraguas de una Facultad de Ciencias de la Salud, asignaturas comunes, lo que propiciaría el acercamiento y conocimiento mutuo. En este sentido se espera que el Doctorado en Enfermería aumente muy considerablemente el reconocimiento de los médicos y los gestores hacia la enfermería, repitiendo la experiencia de lo sucedido en otros países.

### Impacto económico

El cambio de perfil enfermero puede generar demandas que no son, en la actualidad, necesidades expresadas por la sociedad ni por las organizaciones.

Ante la perspectiva de que se deban incrementar los salarios, ya sea de forma automática o a medio plazo, y con el propósito de manejar el impacto que este cambio producirá en las organizaciones, se propone que las mejoras salariales tengan relación con la productividad a través de la carrera profesional. Esto implicaría definir, a partir del mapa de necesidades, los niveles formativos, roles y puestos de trabajo necesarios para las organizaciones y retribuir a los profesionales respecto a los puestos de trabajo que ocupan.

## Aportaciones y propuestas

Se sintetizan las aportaciones desde el ámbito universitario:

- Los cambios que se asocian a Bolonia y al título de Grado respecto a la Diplomatura de Enfermería tienen que ver con la forma de aprendizaje de los estudiantes. Se considera que, en general, el nuevo modelo refuerza el aprendizaje basado en la resolución de problemas, la capacidad de autoaprendizaje y que el estudiante debe trabajar sus habilidades, actitudes y valores. En concreto, aprende a ser más flexible y aprende a adaptarse a las situaciones a las que hay que enfrentarse, aprende a saber ser y a saber estar.
- En línea con los cambios que observarán los estudiantes, hay una percepción de que se producirá una traslación a los nuevos profesionales, ya que se espera que, cuando salgan, hayan trabajado y desarrollado competencias necesarias para saber trabajar en equipo, saber colaborar con el resto de profesionales y aplicar un método de trabajo basado en la evidencia científica.
- Hay división de opiniones en torno a si el Tratado de Bolonia y el nuevo enfoque metodológico del título de Grado se adecua o no a los cambios sociales y a las nuevas demandas que la población plantea en temas de salud.
- Una parte de los participantes considera que este nuevo contexto surge en respuesta a las nuevas demandas de la sociedad a la profesión enfermera, demandas que suponen, en el ámbito profesional, mayor competencia para la resolución de problemas que plantean los pacientes; por tanto, éste debe orientar su actividad a los resultados y tiene que saber evaluar su trabajo para introducir mejoras.
- En contraposición, hay una visión de que el Tratado de Bolonia responde más a la carrera académica de los profesionales de enfermería, ya que las universidades fomentarán que los estudiantes continúen estudiando, cursen una especialidad, másteres y posgrados. En este sentido, una parte de los nuevos titulados corresponderá a enfermeros y enfermeras especializados en la gestión, el ámbito académico o la investigación. Se considera que la investigación en enfermería contribuirá de forma directa a la calidad de los profesionales en el ejercicio práctico y la calidad asistencial.

Por otra parte, desde el ámbito de la gestión sanitaria se censura a la universidad por el hecho de formar a los profesionales de enfermería sin tener en cuenta las necesidades y los requerimientos de los puestos de trabajo de las organizaciones. No obstante, desde el ámbito académico, se valora que una posibilidad de resolver el desajuste entre el mundo universitario y el

mundo laboral es precisamente el desarrollo del Tratado de Bolonia y del título de Grado de Enfermería y, en este sentido, se destaca la necesidad de incluir en el diseño curricular lo que se pide a nivel laboral.

Este tema genera mucho debate y discrepancias, y aparece asociado al título de Grado y a las especialidades (terminología del ámbito universitario), pero también a las áreas de competencia de los profesionales (terminología del ámbito laboral). El fondo de la cuestión está en cuáles son los agentes que intervienen en el diseño de los conocimientos y las competencias que las enfermeras han de aprender y aplicar a la práctica de salud. Esta cuestión suscita una cierta confrontación entre el mundo universitario y el mundo laboral, en la medida en que la universidad considera que ha de diseñar los conocimientos y las competencias de los profesionales para su práctica (reflejado en el título de Grado), mientras que las organizaciones sanitarias consideran como propia la delimitación de los requerimientos (conocimientos y habilidades) que se piden a un profesional para ocupar un puesto de trabajo.

Con la introducción del nuevo título de Grado, el impacto que producirá la entrada de los nuevos titulados a las organizaciones sanitarias se observará a nivel de las funciones que hacen actualmente los diversos profesionales: médicos, enfermeras, auxiliares y técnicos, en relación a dos enfoques:

- El nuevo título de Grado replantea las funciones que hacen actualmente los profesionales de enfermería en los centros sanitarios, que en consecuencia hará replantear las funciones del resto de profesionales. En este sentido se considera necesario asignar a los enfermeros y enfermeras competencias que responden a su rol, desvinculándolas de tareas que pueden hacer perfiles más técnicos o trasladando funciones que hacen los médicos a las enfermeras, ya que tienen los conocimientos para ejercerlas.
- Por otra parte, se asocia la reorganización de funciones a la reducción de costes y a la necesidad, por parte de las gerencias de los centros, de paliar la falta de determinados profesionales para cubrir las vacantes. El mercado ha seguido una dinámica en la que, ante la falta de determinado tipo de profesional, se ha solucionado ampliando funciones de las profesiones próximas a éste.

En relación a las auxiliares de enfermería, entre los profesionales hay una visión de que la introducción del título de Grado deja un espacio profesional entre la nueva enfermera y los auxiliares/técnicos de cuidados que hace necesaria su profesionalización a fin de que puedan asumir tareas de especial relevancia en la atención a los pacientes.



En relación al médico se considera, en general, que se producirá un cambio en el sentido que las enfermeras pasarán a desarrollar su trabajo de forma más complementaria y no tanto de forma subordinada.

De forma casi unánime se considera que los cambios en las funciones que harán las nuevas enfermeras serán aplicables cuando el sistema de salud y los centros estén preparados para hacerlo posible y reconozcan las nuevas funciones; pero no funcionará si sólo se desarrolla en el ámbito académico y, además, existe el riesgo de crear frustración en los profesionales porque se habrán formado para desarrollar una serie de tareas que después no podrán llevar a la práctica porque el sistema sanitario y las organizaciones no lo contemplan. Como ejemplo de ello se habla de los cambios de funciones en las enfermeras a consecuencia del desarrollo de la atención primaria.

La visión general compartida por la mayoría de los participantes es que la aplicación del marco de Bolonia “obliga” a abordar la relación entre el médico, la enfermera, la auxiliar y el técnico, y plantea el trabajo en equipo y las relaciones interprofesionales, pero se destaca que, de hecho, éstos ya eran temas presentes en las organizaciones antes del Tratado de Bolonia. Se comenta que la interdisciplinariedad se puede fomentar ya en la etapa formativa mediante el conocimiento entre las diversas profesiones que trabajan de forma conjunta, compartiendo objetivos comunes y consensuados bajo el paraguas de las ciencias de la salud; a pesar de que se destaca la necesidad de delimitar claramente los ámbitos de actuación de cada profesional.

Hay unanimidad de opinión en considerar la introducción del marco de Bolonia como un paso adelante importante para el desarrollo universitario de la carrera de Enfermería.

La lectura que se hace de los objetivos que han motivado el Tratado de Bolonia muestra ciertas discrepancias:

- La homologación y unificación de los estudios a nivel europeo (unificación de su duración, parecido y permeabilidad) responde a la voluntad de facilitar la movilidad de los profesionales en el espacio europeo.
- Posibilitar y consolidar la investigación en enfermería. La aprobación del título de Máster y de Doctorado y la creación de nuevas redes de investigación de enfermería se valoran muy positivamente, puesto que favorecen que las enfermeras investiguen y puedan basar la praxis en la evidencia científica, más que en modelos tradicionales y largamente establecidos. Esto hace avanzar la profesión y la calidad de la asistencia también mejora.



Desde el ámbito académico se visualizan más aportaciones del Tratado de Bolonia a la carrera académica de Enfermería. En concreto, los aspectos que se destacan son el cambio en la metodología docente de los estudios de enfermería más basada en las competencias; la ampliación de la carrera en 4 años, rompiendo la dinámica de concentración de créditos que había hasta ahora en comparación con otras titulaciones y provocando, como consecuencia de estos aspectos, el cambio de roles del profesor y del alumno. Además, el desarrollo del título de Grado de Enfermería plantea una serie de requisitos al personal docente enfermero: tendrán que ser titulados y acreditados por la Agencia para la Calidad del Sistema Universitario de Cataluña (AQU), y por otra parte el 50% deben ser doctores, a pesar de que actualmente hay pocos que lo sean en enfermería.

Desde el sector de la universidad, se apunta la necesidad de hacer una buena campaña de información de lo que representará el Tratado de Bolonia para los estudiantes de enfermería (como de otras titulaciones).

## Especialidades oficiales de Enfermería

Tanto la aplicación del marco de Bolonia como el Real Decreto de las especialidades puede agravar la frustración que tienen muchos profesionales en la actualidad por el elevado nivel de formación en posgrados y másters que tienen y que no siempre se ve reflejado en el trabajo que desarrollan.

A la hora de valorar el impacto del decreto de las especialidades, en relación a las competencias de las enfermeras, se plantean diversas cuestiones por parte de los diferentes sectores que participan en el debate.

Hay que ver hasta qué punto las siete especialidades oficiales se ajustan a las demandas asistenciales o responden a otras cuestiones (corporativismo).

Las especialidades de enfermería pueden comportar la evolución del concepto de polivalencia. Si en estos momentos entendemos por polivalencia la rotación por distintos puestos de trabajo, ámbitos y turnos, el concepto puede evolucionar en el sentido de que para acceder a un puesto de trabajo deban acreditarse unas competencias relacionadas con la especialidad, una vez implementadas las especialidades.

De forma unánime se hace una valoración de las siete especialidades definidas como poco cercanas a las demandas asistenciales y como reflejo del corporativismo de las asociaciones de enfermería y de la “parcelación de la expertez”.

También se observa unanimidad en valorar como amenaza para el sistema sanitario que la mayoría de los profesionales enfermeros, con el despliegue del decreto, obtengan de forma masiva el título de especialista.

A nivel organizativo y para dar respuesta a las demandas asistenciales de la población, la figura del profesional especialista en el equipo asistencial es un elemento clave para asegurar la calidad de su trabajo y del equipo. En este sentido se considera positivo contar con especialistas entre el personal enfermero porque eleva los conocimientos de la profesión e incrementa la expertez, aunque introduce algunas dudas en la gestión de las especialidades en los centros sanitarios, así como las plazas de especialista. La preocupación se genera alrededor del número de plazas que podría suponer y su repercusión económica si se establece un mayor nivel salarial. Esta visión se detecta de forma transversal entre los participantes de los diferentes colectivos.

En contraposición, una parte del sector de la gerencia sanitaria plantea la especialización, no en términos de titulación, sino en el ámbito de las áreas de competencia. Consideran que la especialización, entendida como el profesional con título de especialista, es un modelo rígido que no permite reubicar a los profesionales en una misma área de competencia para dar respuesta a la gestión de recursos (cubrir vacantes y resolver la falta de profesionales en un determinado ámbito).

Frente al modelo de especialización se plantea el modelo del profesional generalista, que domina un ámbito de conocimientos y habilidades y tiene la expertez para garantizar la calidad asistencial, a la vez que se le puede reubicar y cubrir las vacantes de este ámbito.

Este sector de la gerencia de los centros sanitarios reconoce que con el desarrollo de la profesión enfermera se ha demostrado que los centros necesitan profesionales con cierta especialización para trabajar en las diferentes áreas de competencia.

Distanciamiento de los responsables de la formación respecto a las organizaciones

Una vez más, desde las organizaciones se percibe que no se tienen en cuenta sus necesidades cuando se diseñan, aprueban o implementan las especialidades. Se pone de manifiesto que la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria hubiera tenido que incluir los contenidos de Salud Pública; de este modo las enfermeras podrían responsabilizarse de esta área. Se deben establecer puentes de diálogo para que las decisiones no sean unilaterales.

Si bien parece evidente que las enfermeras especialistas estarán más formadas, se critica tanto el momento en el que ha salido el Real Decreto 450/2005, sobre Especialidades oficiales de Enfermería, como el sistema de formación que se llevará a cabo. Se repite constantemente que la formación MIR por su alto nivel de especificidad, ha impedido la permeabilidad para ocupar distintos puestos de trabajo y ha repercutido en la escasez de determinadas especialidades médicas.

Por tanto, se propone no repetir el sistema MIR y hacer una formación enfermera por áreas de capacitación. De esta forma la especialidad sería más corta, más flexible y más permeable en los puestos de trabajo. Se sugiere que haya pocas especialidades y que tengan un tronco común y después diferentes vías de capacitación. De esta forma las áreas de competencia serían más amplias y esta formación se aproximaría más a las necesidades de las organizaciones. Se verbaliza la amenaza de que si el sistema no encaja en las necesidades de las organizaciones, será necesario pensar en otros grupos profesionales. A pesar de todo, se consideran más útiles las especialidades que los diplomas de Posgrado o Máster los cuales, en general, se consideran muy académicos y poco útiles para la práctica.

#### Puestos de trabajo y perfil de la especialista

Existen problemas en la definición de algunas especialidades, como por ejemplo la Enfermería Médico-Quirúrgica y la Enfermería Familiar y Comunitaria. En el caso de la Médico-Quirúrgica puede favorecer el actuar como comodín en el ámbito hospitalario, lo que sería un riesgo para continuar con la actual polivalencia. Con todo, pesa más la falta de definición de estas macroespecialidades que las ventajas que pudieran conllevar.

Se tiene la expectativa que las enfermeras especialistas podrían llevar a cabo actividades que en el momento actual son responsabilidad de los médicos, mediatizando así la falta de estos profesionales. Sin embargo, las enfermeras manifiestan no querer dejar las funciones que les son propias, lo que podría provocar algunos conflictos de rol, entre otras cosas porque la expectativa no sería transferir la función sino solamente la actividad, lo que contribuiría a perpetuar el rol de la enfermera como soporte y ayudante del médico.

Se considera viable que en una misma unidad trabajen enfermeras especialistas, generalistas e incluso que se puedan considerar otros perfiles de enfermera, como por ejemplo enfermeras expertas o enfermeras clínicas. El rol de la enfermera especialista se visualiza como experta en gestionar cuidados de alta complejidad, liderar proyectos de cuidados y ser un referente para el equipo.

Se propone de nuevo un mapa de necesidades de las organizaciones y un número de especialistas necesario por cada área de conocimiento, con la idea a priori de que haya pocos puestos de trabajo de especialistas.

#### Impacto económico

En general, se considera que las especialidades tendrán una repercusión económica porque se deberá dar valor al conocimiento, aunque se espera que se establezca un modelo de especialización de enfermería que tenga menos repercusiones económicas y organizativas a nivel de los equipos y de relación entre los profesionales.

Se argumenta que la diferencia de salario previsiblemente no será muy significativa porque ya existen precedentes con la especialidad de Salud Mental donde la diferencia no es importante. Estos especialistas son profesionales altamente cualificados con baja posibilidad de acceder a un puesto de trabajo por razones económicas. Este hecho frena la evolución de la especialidad y la aparición de nuevos profesionales en Salud Mental, debido a que no pueden trabajar en el ámbito para el que se han formado.

Sin embargo, será necesario regular el número de especialistas, porque si no el sistema puede ser insostenible. En este sentido se proponen puestos de trabajo restringidos, lo que tiene sus aspectos positivos pero también sus riesgos. Por un lado, ayudará a sostener el impacto económico, pero por otro, puede crear frustraciones en las enfermeras que han hecho la especialidad pero no pueden ejercer este rol.

Por último, se propone llevar a cabo un análisis económico pero que sea sostenible para todo tipo de organizaciones: grandes, medianas y pequeñas.

En definitiva, estos dos procesos (el título de Grado y las nuevas especialidades) también pueden generar expectativas entre los profesionales con el título de Grado y el de especialista que se frustren al llegar a las organizaciones sanitarias, por la imposibilidad de realizar las tareas para las que han estudiado y/o por falta de reconocimiento en términos económicos.

#### Aportaciones y propuestas

Se plantean diferentes propuestas en relación a la especialidad:

- Desde la universidad y por parte de algunos profesionales de enfermería, se apuesta por hacer la especialidad a continuación del título de Grado, siguiendo un modelo de residencia de uno o dos años en el ámbito de cada especialidad. La obtención de la especialidad me-

diante el circuito universitario es considerado, por estos dos sectores, como más efectiva en términos de preparación del profesional que la obtención a través de la práctica asistencial.

- En este mismo sentido, uno de los aspectos que este sector valora como positivo del decreto de las especialidades es que aumenta el tiempo de aprendizaje práctico y tutorizado de las enfermeras antes de empezar la vida laboral.
- En contraposición, desde el ámbito de la gestión sanitaria, hay una visión que la vía universitaria no aporta tanta expertez como el ejercicio profesional.
- No obstante, con este modelo existe el riesgo de caer en los mismos errores que el sistema MIR. Hay una gran unanimidad en no repetir el modelo MIR para las especialidades enfermeras, en la medida en que se considera que es un modelo lento y rígido en la provisión de especialistas para dar respuesta a los cambios en las necesidades asistenciales.
- Al margen del modelo que se acabe implantando para obtener la especialización, hay una gran unanimidad y preocupación en relación al impacto que tendrá la convalidación de las especialidades oficiales por parte de los profesionales actuales (en conjunto, se calcula que el 80% podría convalidar alguna especialidad oficial).
- Un aspecto que se plantea como necesidad a cubrir es la orientación de la formación de los profesionales de enfermería en función de las necesidades asistenciales para evitar la acumulación de formación. Ésta es una cuestión que abre una nueva polémica, ya que hasta ahora buena parte de los profesionales acumulaba másteres y posgrados como méritos para la carrera profesional, aunque no se requiriera para su trabajo habitual. La traducción que tenga el título de especialista en un ámbito concreto a nivel de carrera profesional plantea muchas dudas.

## Resultados de la encuesta

Se concertaron un total de cuatro sesiones para distribuir los cuestionarios y formar a los coordinadores del trabajo de campo. Las sesiones tuvieron una duración de 2 horas. En total acudieron los coordinadores de 29 CAP y de 21 hospitales.

Han participado 50 centros y se han distribuido 1.061 cuestionarios, con un nivel de respuesta total del 93,6%.

La Tabla 25 muestra la distribución de la muestra y el diseño inicial.

| <b>Tabla 25. Distribución de la muestra y diseño inicial</b> |                   |                       |               |
|--|-------------------|-----------------------|---------------|
|  | Atención primaria | Atención hospitalaria | Total         |
| <b>Población</b>   |                   |                       |               |
| Médicos  | 4.499             | 12.017                | 16.516        |
| Enfermeras   | 3.881             | 16.113                | 19.994        |
| Auxiliares de enfermería                                     | 0                 | 11.868                | 11.868        |
| <b>Total</b>   | <b>8.380</b>      | <b>39.998</b>         | <b>48.378</b> |
| <b>Distribución (%)</b>                                      |                   |                       |               |
| Médicos  | 53,7              | 30,0                  | 34,1          |
| Enfermeras   | 46,3              | 40,3                  | 41,3          |
| Auxiliares de enfermería                                     | 0                 | 29,7                  | 24,5          |
| <b>Total</b>   | <b>100,0</b>      | <b>100,0</b>          | <b>100,0</b>  |
| <b>Muestra inicial</b>                                       |                   |                       |               |
| Médicos  | 183               | 117                   | 300           |
| Enfermeras   | 237               | 256                   | 493           |
| Auxiliares de enfermería                                     | 0                 | 157                   | 157           |
| <b>Total</b>   | <b>420</b>        | <b>530</b>            | <b>950</b>    |
| <b>Muestra inicial (%)</b>                                   |                   |                       |               |
| Médicos  | 43,6              | 22,0                  | 31,6          |
| Enfermeras   | 56,4              | 48,3                  | 51,9          |
| Auxiliares de enfermería                                     | 0                 | 29,7                  | 16,6          |
| <b>Total</b>   | <b>100,0</b>      | <b>100,0</b>          | <b>100,0</b>  |

Fuente: Encuesta a médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería del sistema de salud de Cataluña.

\* Datos obtenidos del estudio "Demografía de las profesiones sanitarias en Cataluña" del Centro de Estudios Demográficos. Los datos corresponden al año 2001 y 2003.

Después de la fase de trabajo de campo y una vez obtenidos los datos, se ha tenido que aplicar un factor de ponderación a los mismos con el objetivo de corregir una ligera desviación de los datos obtenidos respecto el peso poblacional, tanto en función del tipo de profesional como del tipo de centro. No ha hecho falta aplicar ninguna corrección en relación a la región sanitaria, ya que se han cumplido los objetivos marcados.

La Tabla 26 recoge la distribución de la muestra finalmente obtenida, antes y después de aplicarle la corrección con el factor de ponderación.

| <b>Tabla 26. Distribución de la muestra final, datos obtenidos y ponderación</b> |                          |                              |               |
|--|--------------------------|------------------------------|---------------|
|  | <b>Atención primaria</b> | <b>Atención hospitalaria</b> | <b>Total</b>  |
| <b>Población</b>   |                          |                              |               |
| Médicos  | 4.499                    | 12.017                       | 16.516        |
| Enfermeras   | 3.881                    | 16.113                       | 19.994        |
| Auxiliares de enfermería   | 0                        | 11.868                       | 11.868        |
| <b>Total</b>   | <b>8.380</b>             | <b>39.998</b>                | <b>48.378</b> |
| <b>Distribución (%)</b>  |                          |                              |               |
| Médicos  | 53,7                     | 30,0                         | 34,1          |
| Enfermeras   | 46,3                     | 40,3                         | 41,3          |
| Auxiliares de enfermería   | 0,0                      | 29,7                         | 24,5          |
| <b>Total</b>   | <b>100,0</b>             | <b>100,0</b>                 | <b>100,0</b>  |
| <b>Muestra (datos obtenidos)</b>   |                          |                              |               |
| Médicos  | 194                      | 116                          | 310           |
| Enfermeras   | 258                      | 278                          | 536           |
| Auxiliares de enfermería   | 2                        | 145                          | 147           |
| <b>Total</b>   | <b>454</b>               | <b>539</b>                   | <b>993</b>    |
| <b>Muestra (%) (datos obtenidos)</b>   |                          |                              |               |
| Médicos  | 42,7                     | 21,5                         | 31,2          |
| Enfermeras   | 56,8                     | 51,6                         | 54,0          |
| Auxiliares de enfermería   | 0,4                      | 26,9                         | 14,8          |
| <b>Total</b>   | <b>100,0</b>             | <b>100,0</b>                 | <b>100,0</b>  |
| <b>Muestra ponderada (absolutos)</b>   |                          |                              |               |
| Médicos  | 92                       | 247                          | 339           |
| Enfermeras   | 81                       | 331                          | 412           |
| Auxiliares de enfermería   | 0                        | 244                          | 244           |
| <b>Total</b>   | <b>173</b>               | <b>822</b>                   | <b>995</b>    |
| <b>Muestra ponderada (%)</b>   |                          |                              |               |
| Médicos  | 53,2                     | 30,0                         | 34,1          |
| Enfermeras   | 46,8                     | 40,3                         | 41,4          |
| Auxiliares de enfermería   | 0,0                      | 29,7                         | 24,5          |
| <b>Total</b>   | <b>100,0</b>             | <b>100,0</b>                 | <b>100,0</b>  |

Fuente: Encuesta a médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería del sistema de salud de Cataluña

Los datos se representan en tablas y figuras, mostrando siempre el porcentaje en columna. Para representar correctamente los datos, a menudo se ha tenido en cuenta una parte de los encuestados, debido a que no todas las personas han respondido todas las preguntas. A pie de tabla y figura, así como en el título de los mismos, se indica cuál es la base de respuesta, o sea, se identifica quién ha respondido la pregunta y, en consecuencia se indica a qué hacen referencia los datos que se representan. En las tablas y figuras del informe se indica explícitamente cuando se trata de una respuesta múltiple. Por lo tanto, si no se indica lo contrario, se trata de respuestas simples.

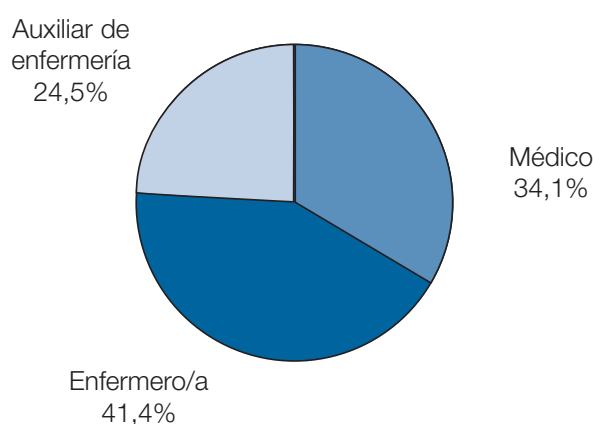
## Perfil de la población entrevistada

En este apartado se describe el perfil de los encuestados, tanto a nivel de las características sociodemográficas (sexo y edad), como bajo el punto de vista de las características laborales (tipos de profesional, tipos de especialidad según el profesional, puesto de trabajo, tiempo trabajado, región sanitaria a la que pertenece el centro donde trabaja, funciones que desarrolla y turnos horarios).

### Características sociodemográficas

El estudio se ha realizado siguiendo la estructura según tipos de profesional del sistema sanitario público de Cataluña. En concreto, 2 de cada 5 profesionales encuestados son enfermeras, 1 de cada 3 profesionales es médico y 1 de cada 4 es auxiliar de enfermería. La Figura 1 muestra la distribución de los encuestados según el colectivo profesional.

**Figura 1. Distribución de los encuestados según el colectivo profesional**

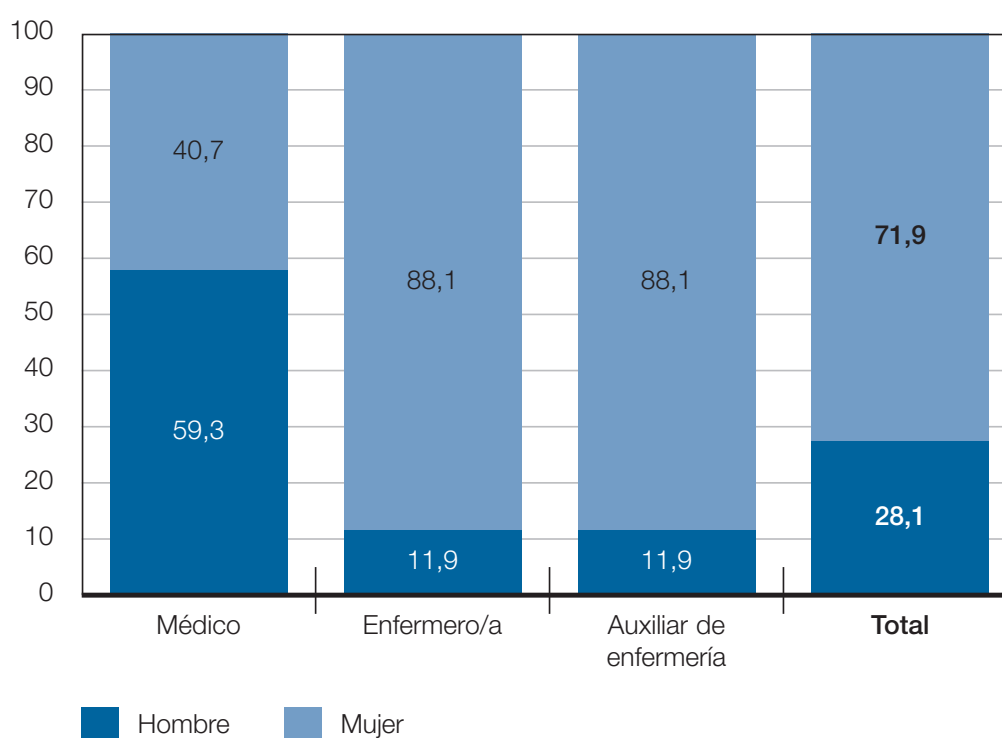


Fuente: Encuesta a médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería del sistema de salud de Cataluña



A nivel global, la estructura por sexos del colectivo de profesionales encuestados es mayoritariamente femenina, ya que entre 7 y 8 de cada 10 son mujeres. Esta tendencia es mucho más acusada entre enfermeras y auxiliares de enfermería, que en ambos casos alcanza casi 9 de cada 10 profesionales. Comparativamente, la distribución por sexos en el caso de médicos es más equilibrada, ya que el peso de los hombres es del 59,3% y el de las mujeres del 40,7% (Figura 2).

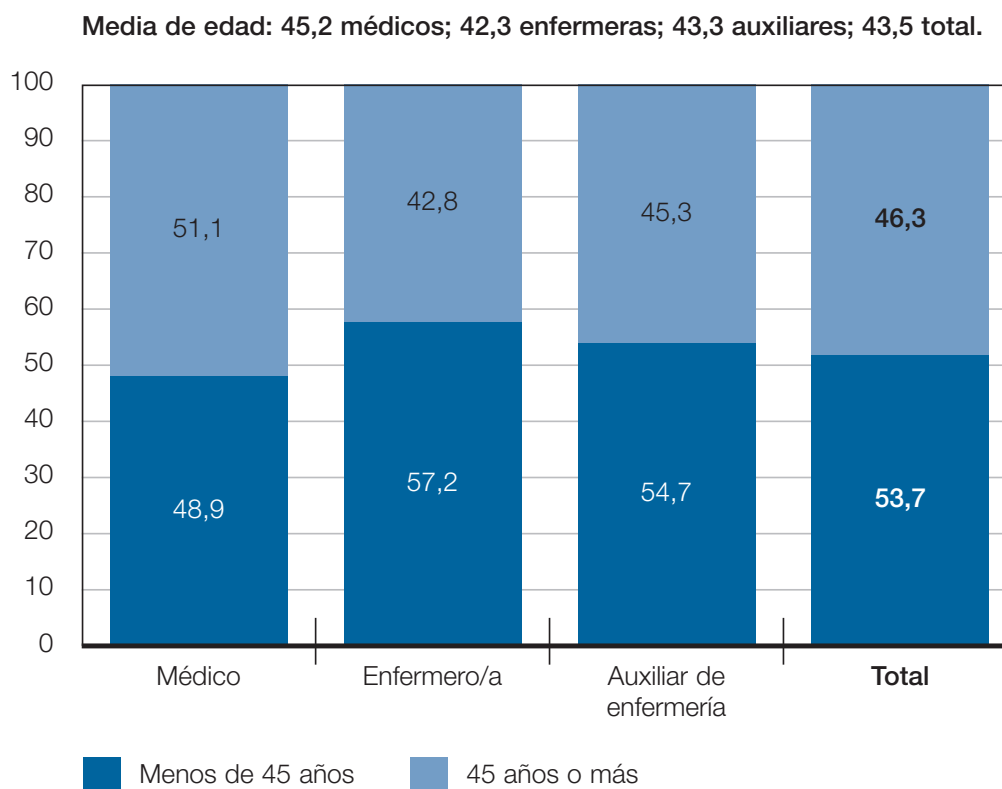
**Figura 2. Distribución de los encuestados según el colectivo profesional y el sexo**



Fuente: Encuesta a médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería del sistema de salud de Cataluña

El promedio de edad de los profesionales sanitarios estudiados es de 43,5 años. En este sentido, se observa una estructura de edades equilibrada dado que las proporciones entre los mayores y menores de 45 años son parecidas. Las diferencias en la estructura de edad se observan a nivel del colectivo profesional en la Figura 3. Las enfermeras son las que presentan una estructura de edad sensiblemente más joven, seguidas de las auxiliares de enfermería y de los médicos.

**Figura 3. Distribución de los encuestados según el colectivo profesional y la edad**



Fuente: Encuesta a médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería del sistema de salud de Cataluña

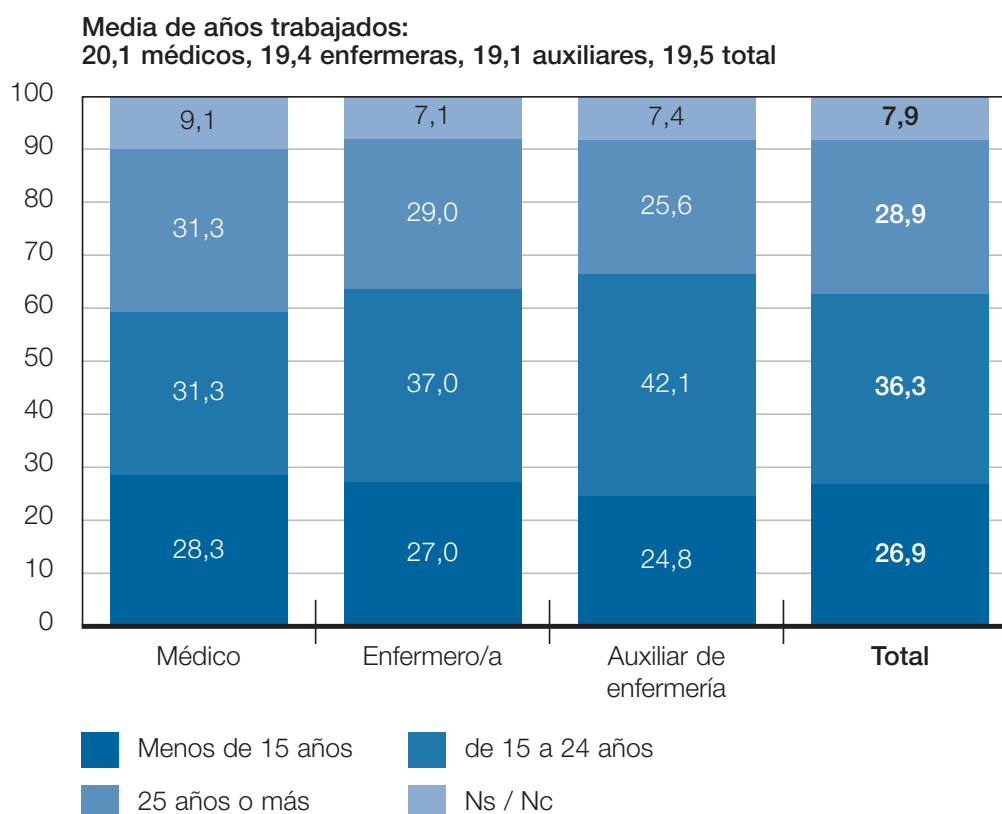
## Características laborales y del centro de trabajo

### **Años trabajados**

En la selección de los encuestados se tuvo en cuenta que, en la mayoría de los casos, tuviesen una experiencia de trabajo de 5 años o superior. Si bien un reducido grupo de encuestados cuenta con menos de 5 años de experiencia, en conjunto, los profesionales encuestados tienen una larga experiencia laboral, con un promedio de trabajo de 19,5 años. En concreto, el 25% de los encuestados hace más de 10 años que trabaja, el 50% hace más de 19 y el 75% hace más de 25.

La experiencia laboral no difiere demasiado en función del tipo de profesional entrevistado. Se observa que en el caso de médicos, hay proporciones parecidas entre los que tienen menos de 15 años de experiencia, entre 15 y 24 años y 25 años o más. Comparativamente, tanto enfermeras como auxiliares concentran su experiencia alrededor de los 15 a los 24 años (Figura 4).

**Figura 4.** Distribución de los encuestados según el colectivo profesional y años trabajados



Fuente: Encuesta a médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería del sistema de salud de Cataluña

### Centros y ámbitos de trabajo

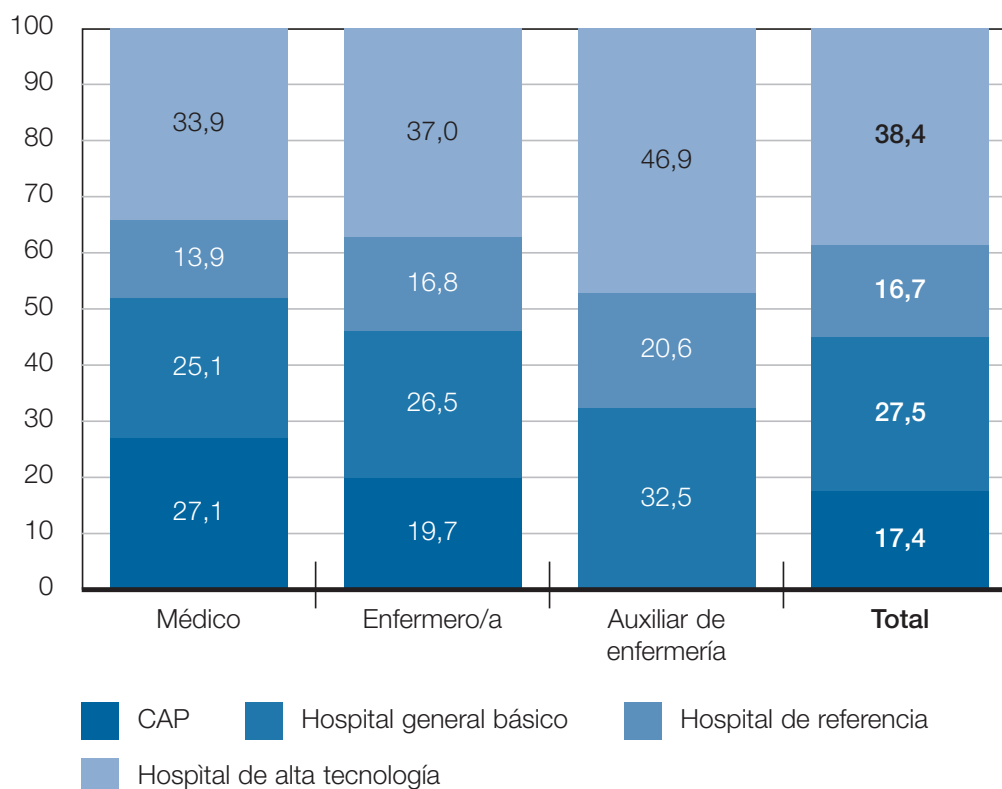
La selección de los profesionales a entrevistar se ha hecho siguiendo su distribución en los centros sanitarios. En el caso de médicos y enfermeras se han seleccionado en centros de atención primaria y hospitales, pero las auxiliares de enfermería se han seleccionado en el ámbito hospitalario.

En este sentido, según la selección obtenida, el 82,6% de los profesionales encuestados trabaja actualmente en el ámbito hospitalario, principalmente en los hospitales de alta tecnología (38,4%) y, en segundo término, en hospitales generales básicos (27,5%) (Figura 5).

Por tipo de profesional, respecto al ámbito hospitalario, hay más auxiliares de enfermería que trabajan en los hospitales de alta tecnología y, en segundo término, en los hospitales generales básicos.

Comparativamente, en el ámbito de la atención primaria hay una mayor proporción de médicos (27,1%) que de enfermeras (19,7%). Su distribución en el ámbito hospitalario es bastante parecida.

**Figura 5. Distribución de los encuestados según el colectivo profesional y el tipo de centro**



Fuente: Encuesta a médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería del sistema de salud de Cataluña

La mayoría de profesionales encuestados trabaja en centros de la Región Sanitaria Barcelona y, principalmente, en el ámbito hospitalario (Tabla 27).

En cambio, en las regiones sanitarias de Girona, Camp de Tarragona, Catalunya Central y Lleida, el peso de los profesionales en los CAP es superior al del ámbito hospitalario.

**Tabla 27. Distribución de los encuestados según tipo de centro y región sanitaria**

|                    | % Total      | % CAP        | % Hospital   |
|--------------------|--------------|--------------|--------------|
| Barcelona          | 67,6         | 63,4         | 71,1         |
| Girona             | 9,4          | 9,9          | 8,9          |
| Camp de Tarragona  | 7,0          | 8,4          | 5,9          |
| Catalunya Central  | 6,4          | 7,7          | 5,4          |
| Lleida             | 5,0          | 5,9          | 4,3          |
| Terres de l'Ebre   | 2,5          | 2,9          | 2,2          |
| Alt Pirineu i Aran | 2,0          | 1,8          | 2,2          |
| <b>Total</b>       | <b>100,0</b> | <b>100,0</b> | <b>100,0</b> |

Fuente: Encuesta a médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería del sistema de salud de Cataluña.

Entre los profesionales encuestados que trabajan en el ámbito hospitalario, se ha preguntado en qué área del hospital trabajan; se presentan los resultados en las tablas 28, 29 y 30. Cabe destacar en este sentido el elevado porcentaje de médicos (38,1 %) y, en menor medida, de enfermeras (16,8%) que no han querido indicar esta cuestión. Una posible explicación puede ser el hecho de que, si bien la distribución de la encuesta se ha hecho salvaguardando el anonimato de los encuestados, en algunos casos esta cuestión los podía identificar y puede haberlos motivado a no responderla. Los médicos encuestados del ámbito hospitalario, en primer lugar, combinan la actividad en consultas externas con planta y quirófano (35,5%), si bien también trabajan en UCI y anestesia (16,9%) y, en tercer lugar, en urgencias (13,2%).

**Tabla 28. Distribución del colectivo médico del ámbito hospitalario según unidades de trabajo**

|  | % Médicos |
|--|-----------|
| Combino la actividad en consultas externas, planta y quirófano | 35,5      |
| UCI / anestesia  | 16,9      |
| Urgencias  | 13,2      |
| Radiología / radioterapia / medicina nuclear / laboratorios    | 2,5       |
| Cuidados paliativos / PADES / UFISS                            | 1,4       |
| No contesta  | 38,1      |

Fuente: Encuesta a médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería del sistema de salud de Cataluña.  
Base: 339 respuestas, filtro médicos de hospital. Respuesta múltiple.

Por contra, las unidades de trabajo del ámbito hospitalario de las enfermeras son principalmente unidades de hospitalización (32,5%) y urgencias / críticos (21,2%), seguido de las direcciones de enfermería, consultas externas y gabinetes de exploración y quirófanos.

**Tabla 29. Distribución del colectivo enfermero del ámbito hospitalario según unidades de trabajo**

|  | % Enfermeros/as |
|--|-----------------|
| Unidades de hospitalización                  | 32,5            |
| Urgencias / críticos                         | 21,2            |
| Dirección de enfermería                      | 9,9             |
| Consulta externa / gabinetes de exploración  | 7,5             |
| Quirófano                                    | 6,8             |
| Hospital de día                              | 3,4             |
| Radiología / radioterapia / medicina nuclear | 1,8             |
| No contesta                                  | 16,8            |

Las unidades de trabajo donde principalmente se ubican los auxiliares de enfermería son las unidades de hospitalización y, más en segundo término, urgencias y críticos, consultas externas y gabinetes de exploración y quirófano.

**Tabla 30. Distribución del colectivo de auxiliares de enfermería del ámbito hospitalario según unidades de trabajo**

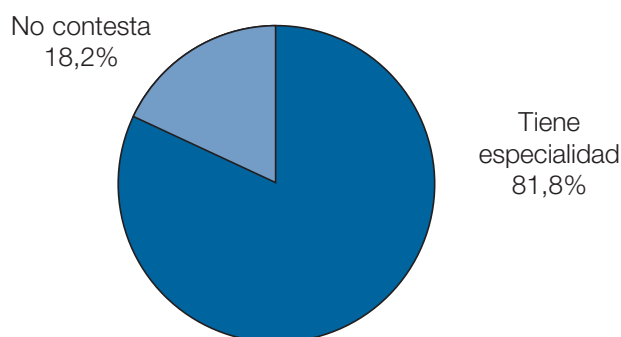
|  | % Auxiliares de enfermería |
|--|----------------------------|
| Unidades de hospitalización                  | 49,2                       |
| Urgencias / críticos                         | 22,9                       |
| Consulta externa / gabinetes de exploración  | 11,2                       |
| Quirófano                                    | 9,5                        |
| Hospital de día                              | 3,4                        |
| Radiología / radioterapia / medicina nuclear | 2,8                        |
| Dirección de enfermería                      | 1,1                        |
| No contesta                                  | 0,0                        |

## Especialidad

Tanto a médicos como enfermeras se les ha preguntado por sus especialidades. En el caso de los primeros, debido a la formulación de la pregunta en la que se podía escoger tanto una especialidad médica como quirúrgica, el 18,2% no ha respondido su especialidad a pesar de tenerla (Figura 6).

Entre aquellos que han indicado alguna especialidad, el 70,2% de las respuestas apuntan una especialidad médica y el 29,8% una especialidad quirúrgica.

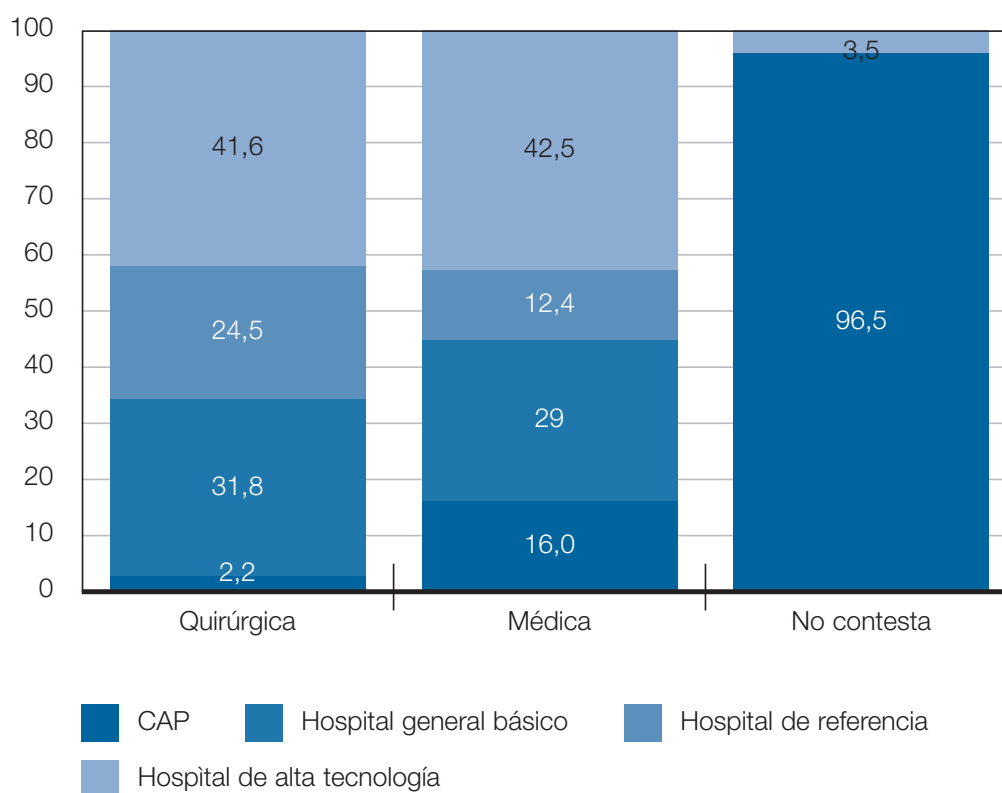
**Figura 6. Proporción de médicos con especialidad**



Fuente: Encuesta a médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería del sistema de salud de Cataluña.  
Base: 339 médicos.

Los médicos con especialidad quirúrgica se concentran más en el ámbito hospitalario, y en concreto en los hospitales de alta tecnología y en los generales básicos. Los médicos con especialidad médica siguen un patrón parecido. Entre los que no se han identificado con las categorías de respuesta de la pregunta de la especialidad, se concentran en la atención primaria en el 96,6% de los casos (Figura 7).

**Figura 7. Distribución del colectivo médico según tipo de especialidad y tipo de centro de trabajo**



Fuente: Encuesta a médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería del sistema de salud de Cataluña.

Base: 339 respuestas, filtro médicos.

Pregunta de respuesta múltiple.

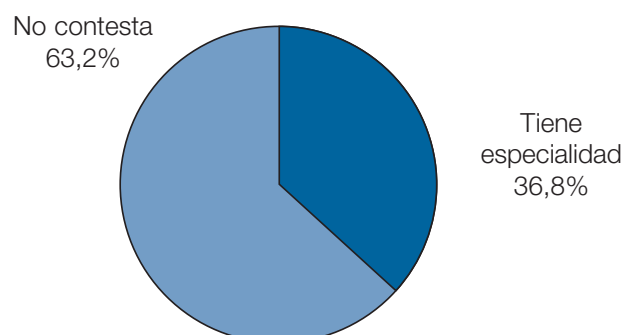
En el caso de las enfermeras, la formulación de la pregunta no ha producido los mismos resultados que en el caso anterior. Más de un tercio de profesionales de enfermería cuenta con alguna especialidad (Figura 8).

De las dos especialidades desplegadas, Enfermería Obstétrico-Ginecológica (comadrona, 11,1%) y Salud Mental (10,4%), hay una proporción parecida de personas que cuentan con este título, si bien la mayoría de personas que dicen tener alguna especialidad enfermera (78,6% de las que afirman tener alguna especialidad), se refieren a especialidades reconocidas antes de la aprobación del nuevo decreto de especialidades oficiales.



**Figura 8. Proporción de enfermeras con especialidad**

---

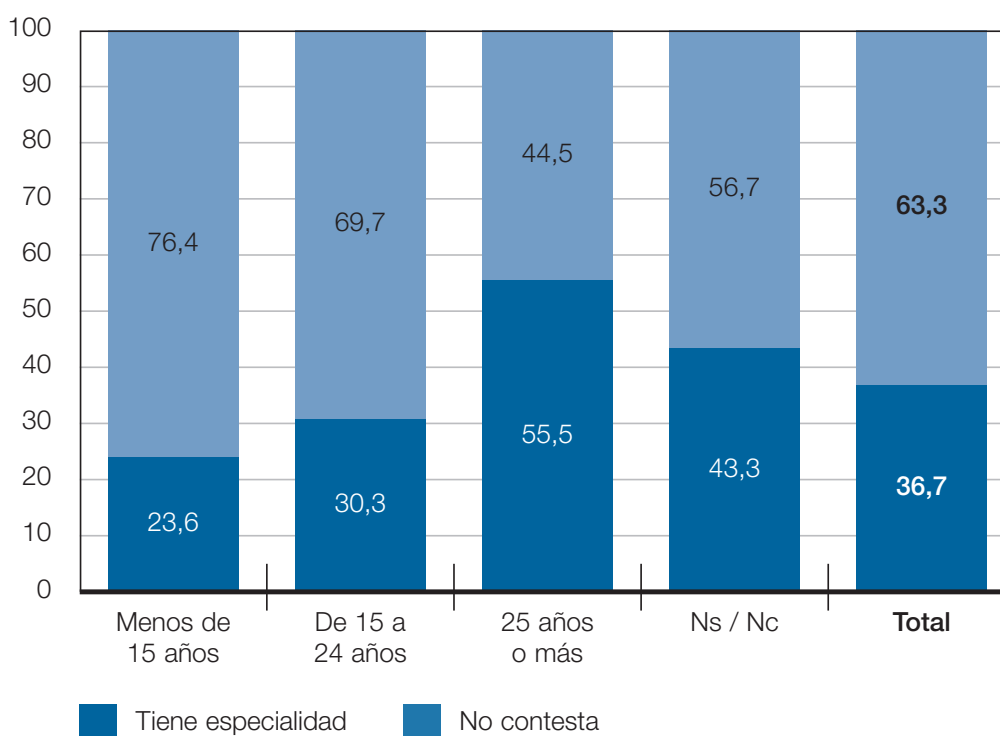


---

Fuente: Encuesta a médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería del sistema de salud de Cataluña.  
Base: 411 enfermeras.

La relación entre el hecho de tener una especialidad y la experiencia laboral es clara. A más años trabajados, más profesionales con título de especialista (Figura 9). La mitad de personas con más de 25 años de experiencia laboral cuentan con alguna especialidad, mientras que en el resto de profesionales, el porcentaje está entre el 20 y el 30% de especialistas con menos de 25 años de experiencia. Cabe destacar el hecho de que entre los entrevistados que no han contestado los años que hace que trabajan, también es bastante elevado el grupo de personas que tienen alguna especialidad (43,3%).

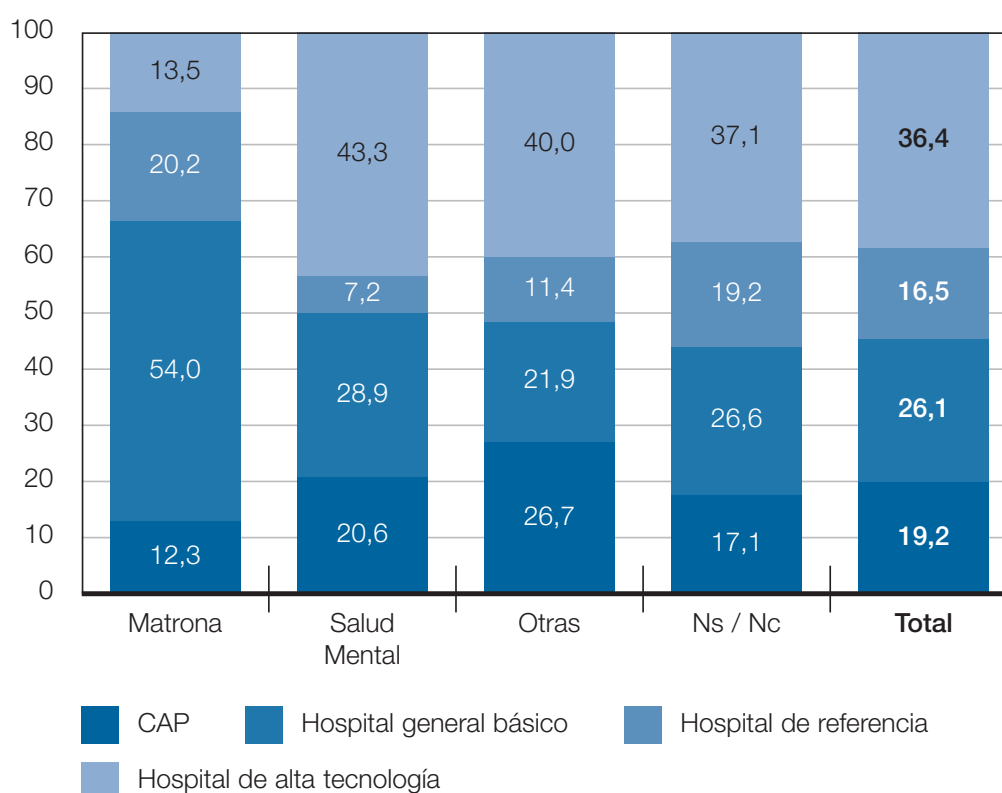
**Figura 9. Distribución de las enfermeras según años de trabajo y en función de si tienen o no especialidad**



Fuente: Encuesta a médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería del sistema de salud de Cataluña.  
Base: 411 enfermeras.

Las enfermeras encuestadas que cuentan con algún título de especialista trabajan en el ámbito hospitalario de alta tecnología (36,4%) y, en segundo término, en hospitales generales básicos (26,1%). Este patrón se observa, en concreto, entre los especialistas de salud mental y de otras especialidades. En el caso de las comadronas, su ubicación principal es en los hospitales generales básicos (54,0%) (Figura 10).

**Figura 10. Distribución de las enfermeras según tipo de especialidad y tipo de centro de trabajo**



Fuente: Encuesta a médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería del sistema de salud de Cataluña.

Base: 411 respuestas, filtro enfermeras.

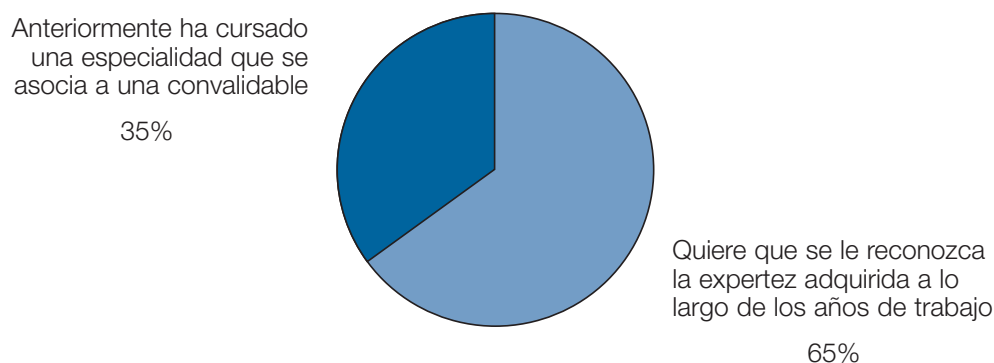
Pregunta de respuesta múltiple.

Entre las personas que han indicado tener alguna especialidad de enfermería reconocida antes de la aprobación del nuevo decreto de especialidades oficiales, 7 de cada 10 indican que han tramitado o están tramitando la convalidación con las nuevas especialidades (Figura 11).

Estas personas se caracterizan por tener más de 45 años, tener una experiencia laboral de más de 15 años y trabajar principalmente en CAP y en hospitales de alta tecnología. En concreto, entre las que trabajan en el hospital, algunas ocupan cargos de dirección de enfermería o bien trabajan en las unidades de hospitalización.

Las personas que están tramitando o han tramitado la convalidación, indican como motivo principal para hacerlo la voluntad que se reconozca la expertez y el dominio en un ámbito, adquirido con los años trabajados, y en segundo término, por la posibilidad de obtener el título de especialista en alguna de las especialidades oficiales asociada a la que cursó con anterioridad.

**Figura 11. Motivos por los que se ha tramitado o se está tramitando la convalidación de alguna especialidad de enfermería**



Fuente: Encuesta a médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería del sistema de salud de Cataluña.  
Base: filtro 90 enfermeras tramitando.  
Pregunta de respuesta múltiple.

### **Funciones y tareas docentes**

El 76,3% de enfermeras encuestadas se dedica principalmente a la tarea asistencial, frente al 19,4% que hace las funciones de gestión, mando, investigación o docencia. Cabe destacar el 4,4% de personas que no han querido responder esta cuestión.

En relación a aquellos que manifiestan ejercer tareas docentes (Tabla 31), se trata principalmente de personas que se hacen cargo de los alumnos de prácticas, o bien, indican que no hacen ninguna de las funciones docentes preguntadas sino otras (sin especificar).

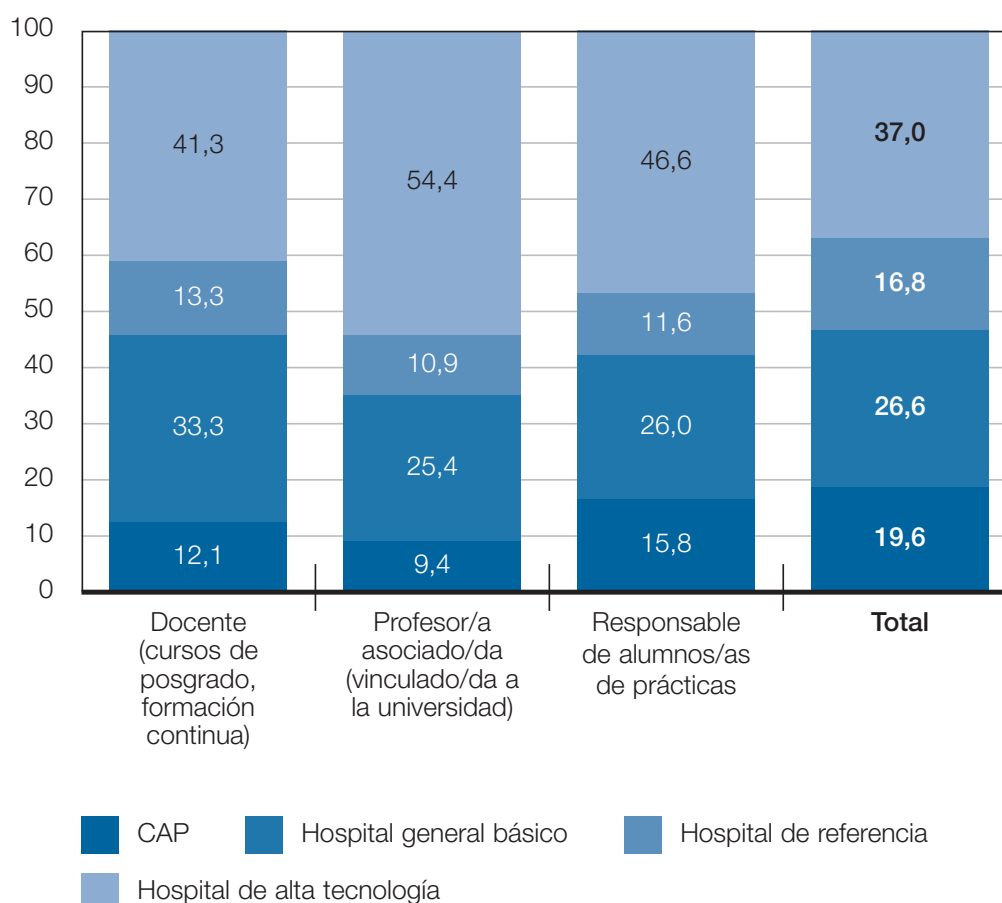
Más en segundo término, destaca un mayor número de personas que hacen de docentes en cursos de posgrado o en cursos de formación continua que personas que ejercen de profesores/as asociados.

En relación a esta cuestión se observa una mayor presencia de los profesionales que trabajan como docentes de cursos de posgrado y formación continua y de profesores asociados en los hospitales de alta tecnología, respecto al resto de centros analizados (Figura 12).

| <b>Tabla 31. Distribución de las enfermeras según tareas docentes</b> |                     |
|---|---------------------|
|   | <b>% Enfermeras</b> |
| Responsable de alumnas en prácticas                                   | 35,7                |
| Docente (cursos de posgrado, formación continua)                      | 18,3                |
| Profesor/a asociado (vinculado/a a la universidad)                    | 6,7                 |
| Ninguna de estas funciones  | 28,3                |
| No contesta   | 10,9                |

Fuente: Encuesta a médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería del sistema de salud de Cataluña.  
 Base: 487 respuestas, filtro enfermeras.  
 Pregunta de respuesta múltiple.

**Figura 12. Distribución de las enfermeras según tareas docentes y tipo de centro de trabajo**



Fuente: Encuesta a médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería del sistema de salud de Cataluña.  
 Base: 411 respuestas, filtro enfermeras.

### Turnos horarios

Las jornadas laborales de las enfermeras encuestadas son, o bien mañanas o tardes cinco días a la semana sin incluir los fines de semana, o bien, trabajando también los fines de semana. En segundo término, trabajan en turnos de día de 12 horas o en jornada partida de lunes a viernes. Destaca un 4,4% de enfermeras que no tienen un turno fijo, ya que están a demanda en función de las necesidades (Tabla 32).

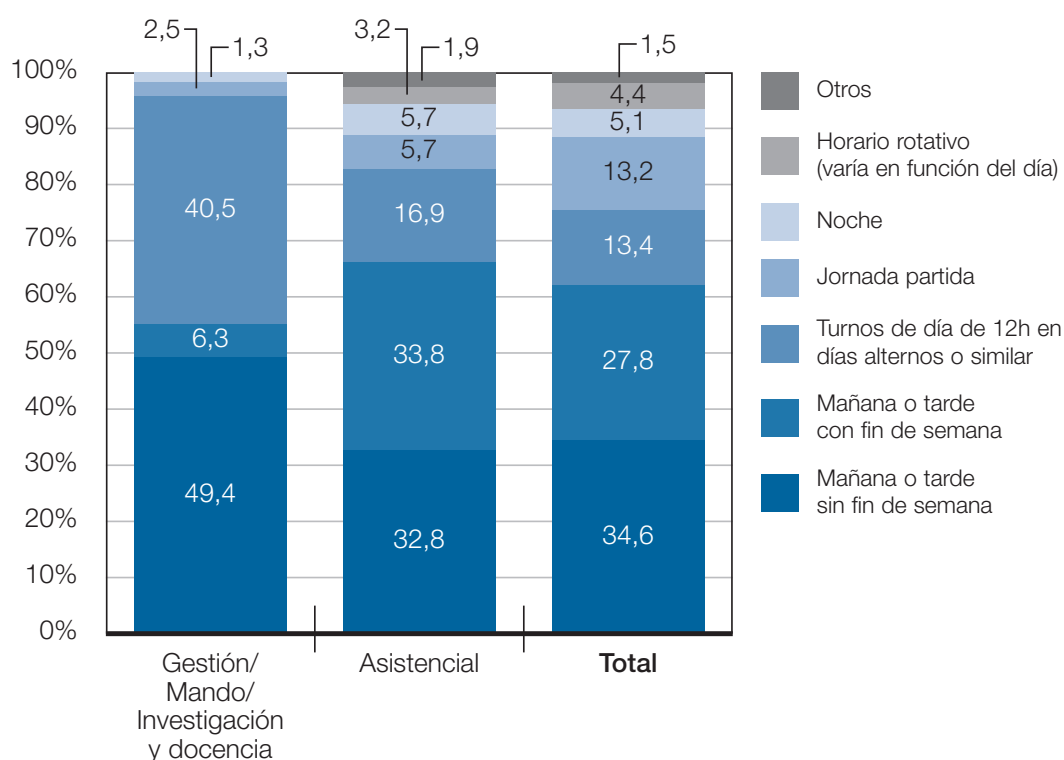
| <b>Tabla 32. Distribución de las enfermeras según turno/horario de trabajo</b> |                     |
|--|---------------------|
|  | <b>% Enfermeras</b> |
| Mañana o tarde (de lunes a viernes) sin fin de semana                          | 34,6                |
| Mañana o tarde (de lunes a viernes) con fin de semana                          | 27,8                |
| Turno de día de 12h en días alternos o similar                                 | 13,4                |
| Jornada partida (mañana + tarde, de lunes a viernes)                           | 13,2                |
| Noches (noches alternas o semana corta / semana larga o similar)               | 5,1                 |
| Horario rotativo (varía en función del día)                                    | 4,4                 |
| No contesta  | 1,5                 |

Fuente: Encuesta a médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería del sistema de salud de Cataluña.  
Base: 411, filtro enfermeras.

Las jornadas laborales divergen según las funciones que desarrollan las enfermeras encuestadas. Se presenta esta divergencia en la Figura 13.

Para la tarea asistencial, el patrón es lo que indican los datos globales, mientras que para el resto de tareas (gestión, mando, investigación y docencia), las jornadas con más frecuencia son las mañanas o tardes sin fin de semana (de lunes a viernes) o la jornada partida.

**Figura 13. Distribución de las enfermeras según turno horario de trabajo y función**



Fuente: Encuesta a médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería del sistema de salud de Cataluña.  
Base: 413, filtro enfermeras.

## Título de Grado de Enfermería

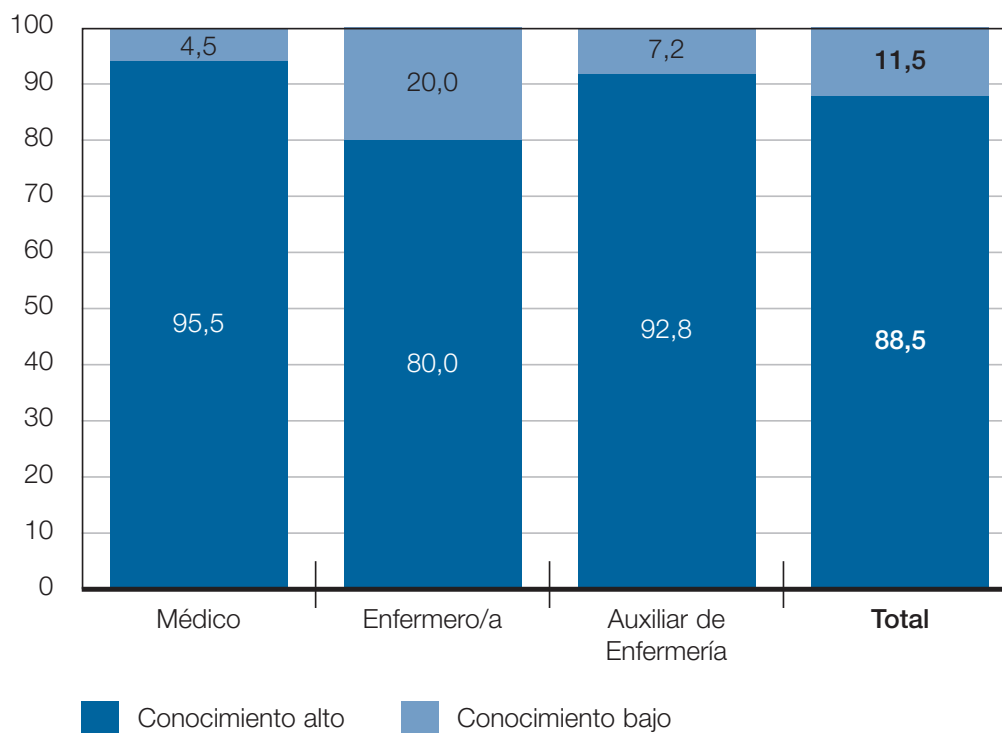
A continuación se hace una descripción del nivel de conocimiento que tienen los profesionales sanitarios en relación a la aprobación del título de Grado de Enfermería. En relación a esta cuestión, se analiza también el grado de acuerdo que muestran los profesionales sanitarios alrededor de posibles impactos que el título de Grado de Enfermería puede tener para la profesión enfermera.

También se analizan las tareas que desarrollan las enfermeras, tanto en relación a las tareas que hacen inicialmente las enfermeras noveles cuando se incorporan al primer trabajo, como en relación a las nuevas demandas que se están planteando a estos profesionales en los centros sanitarios y a las nuevas funciones y cargos que podrán ejercer las enfermeras a partir de la implantación del título de Grado.

### Nivel de conocimiento

El nivel de conocimiento de la aprobación del nuevo título de Grado de Enfermería es muy bajo ya que poco más de 1 de cada 10 profesionales encuestados afirma tener conocimiento del tema (Figura 14).

**Figura 14.** Nivel de conocimiento de la aprobación del nuevo título de Grado de Enfermería según colectivo profesional



Fuente: Encuesta a médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería del sistema de salud de Cataluña

Cabe destacar que el conocimiento de esta cuestión varía significativamente en función del colectivo profesional. En este sentido, este conocimiento casi se duplica en el caso de las enfermeras (20,0%) y se reduce a la mitad en el caso de médicos (4,5%) y auxiliares de enfermería (7,2%).

A nivel porcentual, también se observan diferencias en el conocimiento de esta cuestión en función del centro de trabajo, el hecho de ser o no enfermera especialista, la región sanitaria o los años trabajados (Tabla 33).

Aquellos que tienen un conocimiento alto (11,5%) son principalmente profesionales de hospitales de alta tecnología y de referencia; las enfermeras con especialidad y, según regiones sanitarias, los de Lleida, Camp de Tarragona, Alt Pirineu i Aran y Terres de l'Ebre.



En lo que concierne a la experiencia de trabajo, los profesionales con menos de 15 años de experiencia son los que muestran un conocimiento menor del tema.

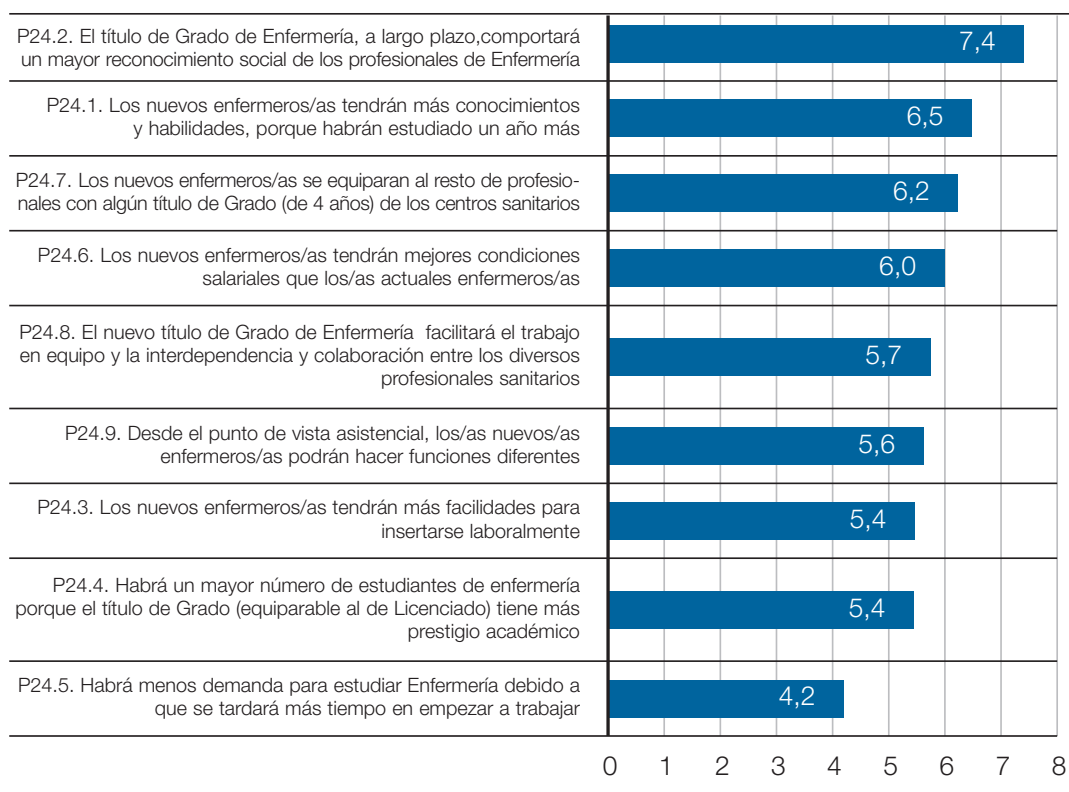
| <b>Tabla 33. Perfil de personas que tienen un conocimiento alto de la aprobación del nuevo título de Grado de Enfermería</b> |                               |
|--|-------------------------------|
|  | <b>% Conocimiento elevado</b> |
| <b>Según tipo de centro de trabajo</b>   |                               |
| Hospital de alta tecnología  | 14,7                          |
| Hospital de referencia   | 13,4                          |
| CAP  | 9,4                           |
| Hospital general básico  | 7,4                           |
| <b>Con o sin especialidad de enfermería</b>  |                               |
| Con especialidad   | 27,7                          |
| Sin especialidad   | 15,6                          |
| <b>Región sanitaria</b>  |                               |
| Lleida   | 22,2                          |
| Camp de Tarragona  | 17,7                          |
| Alt Pirineu i Aran   | 14,3                          |
| Terres de l'Ebre   | 13,0                          |
| Barcelona  | 11,5                          |
| Catalunya Central  | 5,3                           |
| Girona   | 4,6                           |
| <b>Años trabajados</b>   |                               |
| No contesta años trabajados  | 17,9                          |
| 25 años o más  | 13,1                          |
| De 15 a 24 años  | 12,1                          |
| Menos de 15 años   | 7,5                           |

Encuesta a médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería del sistema de salud de Cataluña.  
Base: 113 personas con conocimiento elevado.

## Valoraciones en torno al título de Grado

Para analizar los efectos de la puesta en marcha del título de Grado se han planteado una serie de afirmaciones ante las cuales los encuestados han tenido que posicionarse según su grado de acuerdo, ya que han tenido que valorar cada una de las afirmaciones de 0 a 10, donde el 0 equivale a “total desacuerdo” y el 10 a “totalmente de acuerdo”. Dado el bajo conocimiento de este tema, el análisis de las valoraciones se ha hecho entre las personas que tienen un alto conocimiento de la cuestión (Figura 15).

**Figura 15. Grado de acuerdo en torno al título de Grado por parte de las personas con un conocimiento elevado de la cuestión**



Fuente: Encuesta a médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería del sistema de salud de Cataluña.

Escala de 0 a 10, donde el 0 equivale a nada de acuerdo y el 10 a totalmente de acuerdo.

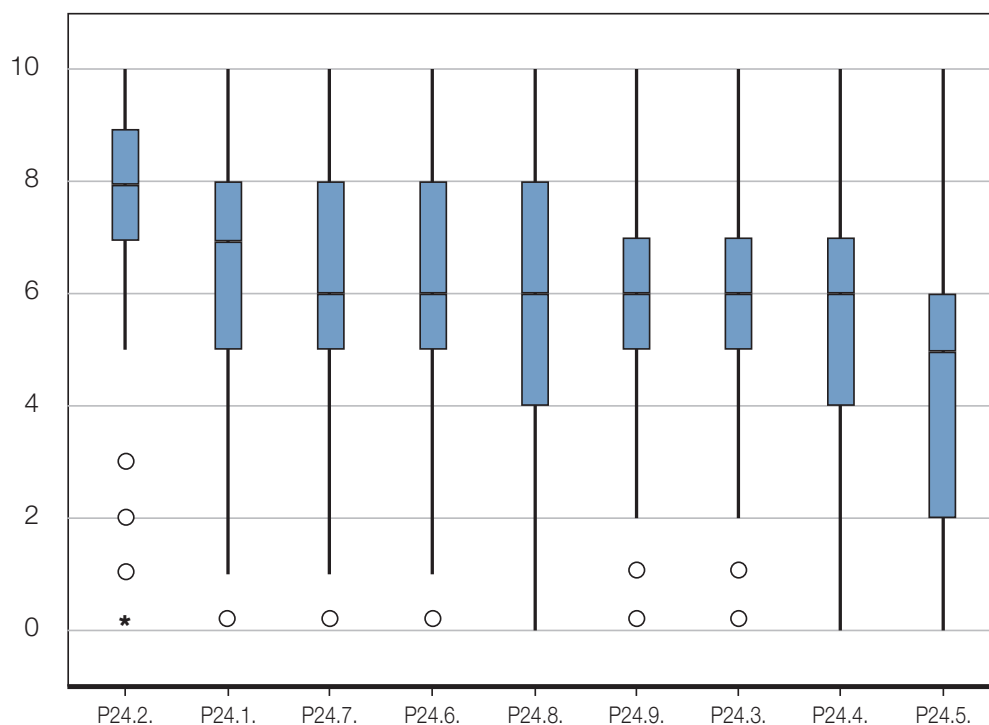
Base: 113 personas con conocimiento alto.

En términos generales, analizando los promedios resultantes, la visión de los profesionales sanitarios es que a largo plazo el título de Grado de Enfermería contribuirá a dar un mayor reconocimiento social a las enfermeras (7,4, equivale a “muy de acuerdo”) a la vez que no creen que la duración de un año más de estudio con el título de Grado haga decrecer el número de estudiantes de esta carrera (4,2 equivale a “poco de acuerdo”).

En cuanto al resto de afirmaciones, también en términos globales, las valoraciones se muestran alrededor del acuerdo moderado (entre 5 y 6, equivale a “de acuerdo”), o sea, no generan ni gran adhesión ni gran rechazo.

A continuación, se ha analizado la distribución de las frecuencias “de acuerdo” que muestran los encuestados alrededor de las cuestiones planteadas del título de Grado, para detectar las cuestiones que generan más unanimidad y las que generan diferencia de opinión. En la Figura 16 se representa mediante un diagrama de caja la distribución de las valoraciones en torno al título de Grado de las personas con un conocimiento alto de esta cuestión.

**Figura 16.** Distribución de las valoraciones en torno al título de Grado



Fuente: Encuesta a médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería del sistema de salud de Cataluña.

Base: 113 personas con conocimiento alto.

**Nota metodológica:** La figura representa la distribución de frecuencias o de probabilidad de una variable mediante un rectángulo que enmarca las frecuencias o probabilidades comprendidas entre el percentil 25 y el percentil 75 y que está dividido por una línea que representa la mediana, coincidente con el percentil 50.

Cabe destacar que respecto a las dos cuestiones con medias más alejadas, comentadas con anterioridad, no se observa dispersión y, por lo tanto, hay una visión consolidada que el título de Grado comportará un mayor reconocimiento social del profesional de enfermería.

Comparativamente, si bien en términos generales el promedio de valoración indica la opinión que la nueva carrera de Enfermería de 4 años no hará decrecer el número de estudiantes debido al año adicional de estudio, En este caso sí que se observa cierta dispersión en las frecuencias, cosa que indica una división de opiniones.

El acuerdo mostrado es unánime en lo que concierne a las siguientes afirmaciones:

- El título de Grado comportará mayor reconocimiento social a la profesión.
- Bajo el punto de vista asistencial, los nuevos profesionales de enfermería podrán hacer funciones diferentes.
- Los nuevos enfermeros/enfermeras tendrán más facilidades para insertarse laboralmente.

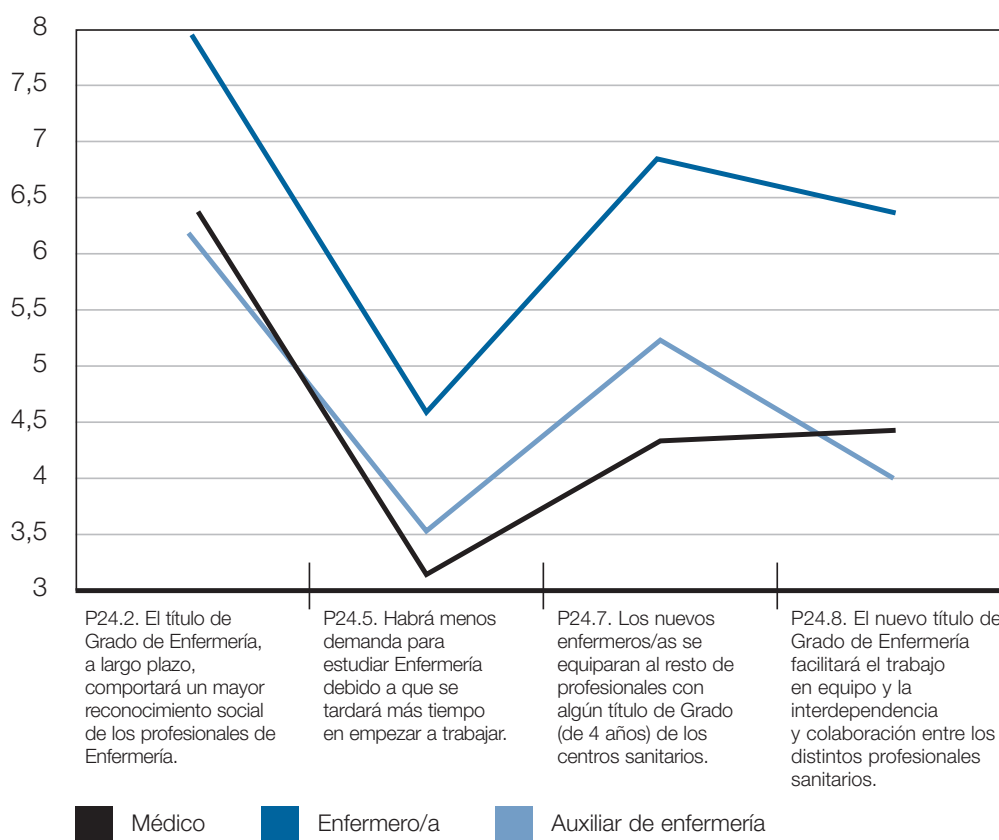
A pesar de que las valoraciones indican que la mayoría se muestra de acuerdo con las afirmaciones, el análisis de la dispersión de frecuencias detecta diferencias en las valoraciones siguientes:

- No todo el mundo opina que el título de Grado facilitará el trabajo en equipo y la interdependencia y colaboración entre los diversos profesionales sanitarios.
- Tampoco se observa una visión homogénea respecto que el cuarto año de la nueva carrera haga decrecer el número de estudiantes, o bien,
- Que se equipare a las enfermeras de Grado con el resto de grados de los centros sanitarios.

La dispersión observada en algunos casos se explica por la visión diferenciada que tienen los tres colectivos profesionales encuestados en este estudio. El análisis de la ANOVA (varianza) ha permitido detectar en cuáles de las afirmaciones estudiadas existen diferencias estadísticas significativas. Este análisis se ha hecho a partir de las medias de valoración indicadas por médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería. Estas diferencias se representan en la Figura 17 (personas con conocimiento alto de esta cuestión).

En las cuatro afirmaciones representadas, las enfermeras muestran siempre un mayor acuerdo y, en la mayoría de casos, por encima del 5. En contraposición, en 3 de las 4 afirmaciones representadas, médicos y auxiliares se muestran menos de acuerdo y por debajo del 5.

**Figura 17. Diferencias en el grado de acuerdo en torno al título de Grado según colectivo profesional**



Fuente: Encuesta a médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería del sistema de salud de Cataluña.  
Base: 113 personas con conocimiento alto.

Las visiones son las siguientes:

- El impacto del título de Grado en el reconocimiento social de la profesión enfermera es el efecto más destacado y coincidente entre los tres colectivos profesionales de la encuesta.
- Para las enfermeras, el título de Grado será el paso adelante para alcanzar reconocimiento social y para equipararse al resto de profesionales de los centros sanitarios que también tengan título de Grado.
- Juntamente con ello, son de la opinión que el título facilitará el trabajo en equipo con el resto de profesionales. El efecto negativo esperado es una disminución en el número de alumnos de enfermería debido al atraso en un año para comenzar a trabajar.

- Médicos y auxiliares, por contra, creen que el cuarto año no hará crecer el número de alumnos de enfermería y son poco optimistas en que el título de Grado favorezca el trabajo en equipo. Igualmente, los médicos son menos optimistas en la equiparación a las enfermeras de Grado con el resto de grados de los centros sanitarios.

### Cambios en las tareas de los profesionales de enfermería

En relación a las tareas y a los cargos que desarrollan y ocupan las enfermeras, se han planteado diversas preguntas que se muestran a continuación.

Por un lado, se ha preguntado a los encuestados qué conocimientos y destrezas echan de menos entre las enfermeras que empiezan a trabajar.

Por otro lado, entre los que consideran que el despliegue de las especialidades permitirá a las enfermeras ejercer nuevas funciones y ocupar nuevos cargos, se ha pedido que concreten de cuáles se tratan.

En relación a las tareas, también se ha consultado a los encuestados qué tareas de las que desarrollan actualmente los médicos podrían desarrollar las enfermeras.

Finalmente, se ha preguntado a los encuestados cuáles son las demandas que actualmente plantean los centros sanitarios a las enfermeras.

### Falta de conocimientos y destrezas

A nivel de resultados globales, la destreza que más destaca entre las carencias de los profesionales de enfermería noveles es la toma de decisiones clínicas; en segundo término, el dominio de conocimientos tecnológicos y científicos y, en tercer lugar, tanto la capacidad de liderazgo como las competencias de trato con los pacientes, tales como el saber comunicarse con el paciente y ofrecer el soporte emocional que necesita, la transmisión de conocimientos para la promoción de la salud y la educación sanitaria (Tabla 34).

El análisis de las respuestas a esta pregunta presenta visiones diferenciadas en función del colectivo profesional que responde.

La visión de las enfermeras respecto a los profesionales recientemente incorporados al mercado laboral es la falta de liderazgo y la falta de competencias relacionales con los pacientes (la comunicación y el soporte emocional). En contraste, la visión de los médicos es la falta de capacidad de decidir a nivel clínico y la falta de conocimientos de tipo técnico, como los conocimientos tecnológicos y científicos.

El colectivo de auxiliares de enfermería destaca la falta de competencias relacionales, tanto en cuanto al trabajo en equipo como a la comunicación y el soporte al paciente.

| <b>Tabla 34. Conocimientos y destrezas deficitarios entre enfermeras noveles</b> |                |
|--|----------------|
|  | <b>% Total</b> |
| Saber tomar decisiones clínicas  | 73,2           |
| Conocimientos tecnológicos y científicos   | 49,2           |
| Capacidad de liderazgo   | 37,9           |
| Saber comunicar, dar soporte emocional   | 37,7           |
| Promoción de la salud, educación sanitaria                                       | 33,4           |
| Trabajo en equipo  | 25,0           |
| Curas a los enfermos   | 20,0           |

Fuente: Encuesta a médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería del sistema de salud de Cataluña.  
 Base: 886 respuestas.  
 Pregunta de respuesta múltiple.

### Nuevas funciones, nuevos cargos y traspaso de tareas de médicos a enfermeras

Alrededor de un 60% de encuestados considera que el despliegue del título de Grado de Enfermería permitirá que las enfermeras hagan nuevas funciones y ocupen nuevos cargos.

En relación a las nuevas funciones, la más destacada es la posibilidad de trabajar con más autonomía, independencia y capacidad de decidir, así como la posibilidad de hacer más diagnósticos y controlar tratamientos y planes de cuidados. En menor medida, se considera probable que una de las nuevas funciones de enfermería sea prescribir fármacos.

Las diferencias entre colectivos son destacables:

- El colectivo médico y el de auxiliares ponen más énfasis en el hecho de que tendrán mayor autonomía, independencia y posibilidad de diagnosticar, hacer tratamientos y planes de cuidados.
- Las enfermeras, por contra, muestran un mayor grado de acuerdo alrededor del hecho que podrán hacer más prescripciones de fármacos.
- El trabajo docente y de investigación es mencionado como nueva función sólo entre enfermeras.

A pesar de que el conocimiento del título de Grado es más elevado entre las enfermeras, es precisamente este colectivo profesional el que, analizando los porcentajes, no sabe responder esta cuestión ligada al futuro de su función o lo deja en blanco (Tabla 35).

| <b>Tabla 35. Nuevas funciones que podrán hacer las enfermeras desde el punto de vista asistencial</b> |               |
|---|---------------|
|   | <b>%Total</b> |
| Mayores niveles de autonomía, independencia y responsabilidad en la toma de decisiones                | 21,8          |
| Hacer diagnósticos, tratamientos, planes de curas   | 16,7          |
| Hacer prescripción de fármacos  | 9,0           |
| Docencia e investigación  | 7,2           |
| Mayores niveles de especialización, mayores niveles de competencia                                    | 5,9           |
| Mayores niveles de colaboración y coordinación con otros profesionales                                | 4,6           |
| Mayores niveles de gestión  | 2,4           |
| Otros   | 5,5           |
| No pertinente, no sabe o no contesta  | 52,4          |

Fuente: Encuesta a médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería del sistema de salud de Cataluña.  
 Base: 603 respuestas, filtro de acuerdo, mucho y bastante.  
 Pregunta de respuesta múltiple.

Prever los cargos que podrán ocupar enfermeras con el despliegue del título de Grado ha sido más bien difícil en la medida en que 2 de cada 3 encuestados han dejado sin responder esta cuestión (Tabla 36). Entre los que lo han contestado, apuestan mayoritariamente por cargos de dirección y responsabilidad.

| <b>Tabla 36. Nuevos cargos que podrán ocupar las enfermeras en el sistema sanitario</b> |                |
|---|----------------|
|   | <b>% Total</b> |
| Cargos de dirección y responsabilidad   | 17,9           |
| Autonomía, independencia y responsabilidad en la toma de decisiones                     | 9,1            |
| Cargos de docencia e investigación  | 3,3            |
| Otros   | 4,3            |
| No pertinente, no sabe o no contesta  | 65,5           |

Fuente: Encuesta a médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería del sistema de salud de Cataluña.  
 Base: 568 respuestas, filtro de acuerdo, mucho y bastante.  
 Pregunta de respuesta múltiple.



No se observan diferencias en las respuestas entre los tres colectivos profesionales encuestados.

En el marco del título de Grado de Enfermería y en relación a las competencias con que se graduarán los nuevos titulados, se ha analizado la opinión en torno a las posibilidades de traspasar algunas de las tareas que hacen actualmente los médicos hacia las enfermeras.

Las respuestas indican dos bloques diferenciados:

- Las tareas más mencionadas como traspasables son el triaje en el ámbito de la asistencia primaria, en primer lugar, y la dirección de investigación y el triaje en el ámbito hospitalario, en segundo lugar.
- En menor medida, una parte de las respuestas también consideran traspasables la gestión de prescripciones de algunos medicamentos, la realización de alguna técnica invasiva y la decisión de cambios terapéuticos a partir de resultados.

Sin embargo, la visión de los tres colectivos es diferente:

- Enfermeras: el título desarrollará la carrera a nivel científico para las enfermeras; se podría traspasar la gestión de prescripciones de algunos medicamentos y el triaje (Tabla 37).
- Médicos: preferencia en el traspaso del triaje, antes que el traspaso de las prescripciones de algunos medicamentos.
- Auxiliares de enfermería: el orden sería el triaje y las tareas de docencia e investigación y, en segundo término, las técnicas invasivas y las prescripciones de algunos medicamentos.

| <b>Tabla 37. Trabajos que hacen los médicos que podrían hacer las enfermeras</b> |                |
|--|----------------|
|  | <b>% Total</b> |
| Triaje en atención primaria  | 64,5           |
| Dirigir proyectos de investigación   | 61,8           |
| Triaje en urgencias en atención hospitalaria                                     | 61,8           |
| Gestionar prescripciones de algunos medicamentos                                 | 45,8           |
| Realizar algunas técnicas invasivas (catéter arterial, endoscopia, intubaciones) | 31,4           |
| Decidir cambios terapéuticos a partir de resultados                              | 26,3           |

Fuente: Encuesta a médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería del sistema de salud de Cataluña.

Base: 896 respuestas.

Pregunta de respuesta múltiple.

## Nuevas demandas a las enfermeras

Las respuestas de los encuestados en relación con las demandas que los centros sanitarios plantean hoy en día a los profesionales de la enfermería parecen indicar que los centros sanitarios no demandan tanto en primer lugar el rol psicosocial que estos profesionales ejercen con los enfermos (Tabla 38). En cambio, parece que demandan un profesional cuidadoso con los sistemas de información y los protocolos de los centros, con capacidad de decidir y de trabajar autónomamente y conocimientos teóricos y prácticos actualizados.

| <b>Tabla 38. Nuevas demandas que reciben las enfermeras por parte de los centros sanitarios</b> |               |                    |
|---|---------------|--------------------|
|   | <b>%Total</b> | <b>%Enfermeras</b> |
| Sistemas de información, protocolo y metodología  | 11,0          | 19,8               |
| Formación teórica y práctica  | 7,6           | 14,5               |
| Investigación   | 6,7           | 12,2               |
| Gestión y dirección (general y RRHH), liderazgo   | 5,4           | 10,0               |
| Autonomía, independencia y responsabilidad en la toma de decisiones                             | 8,5           | 9,9                |
| Docencia  | 4,7           | 9,6                |
| Trabajo en equipo   | 5,4           | 8,9                |
| Adaptación a las innovaciones tecnológicas  | 2,6           | 6,3                |
| Fomento de la salud/trabajo comunitario   | 3,3           | 4,6                |
| Presión   | 1,6           | 3,8                |
| Triaje  | 5,1           | 3,5                |
| Flexibilidad  | 1,8           | 3,3                |
| Diagnóstico, valoración situación   | 2,1           | 3,2                |
| Curas prácticas   | 2,2           | 2,5                |
| Relaciones interpersonales  | 1,8           | 1,5                |
| Domiciliaria  | 1,1           | 0,7                |
| Prescripciones  | 1,2           | 0,5                |
| Abordaje de la inmigración  | 0,3           | 0,5                |
| Otros   | 5,5           | 4,1                |
| No pertinente, no sabe o no contesta  | 55,3          | 33,3               |

Fuente: Encuesta a médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería del sistema de salud de Cataluña.  
Base: 994 respuestas. Pregunta de respuesta múltiple.

Las enfermeras y los enfermeros apoyan esta visión pero remarcan, más que el resto de colectivos, el papel que ya hacen actualmente en la investigación, la gestión, la docencia, el trabajo en equipo y el fomento de la salud.

## Título de especialista

En este apartado se describe el nivel de conocimiento que tienen los tres colectivos analizados en relación a la aprobación del Real Decreto de Especialidades oficiales de Enfermería. Como en el apartado anterior, también se ha estudiado el grado de acuerdo que muestran los profesionales sanitarios alrededor de posibles impactos que las especialidades oficiales pueden tener para las enfermeras. También se ha analizado el grado de necesidad de las especialidades oficiales bajo el punto de vista del paciente al que atienden y del sistema sanitario.

Además, se ha analizado qué especialidades oficiales se consideran necesarias para diversas unidades hospitalarias.

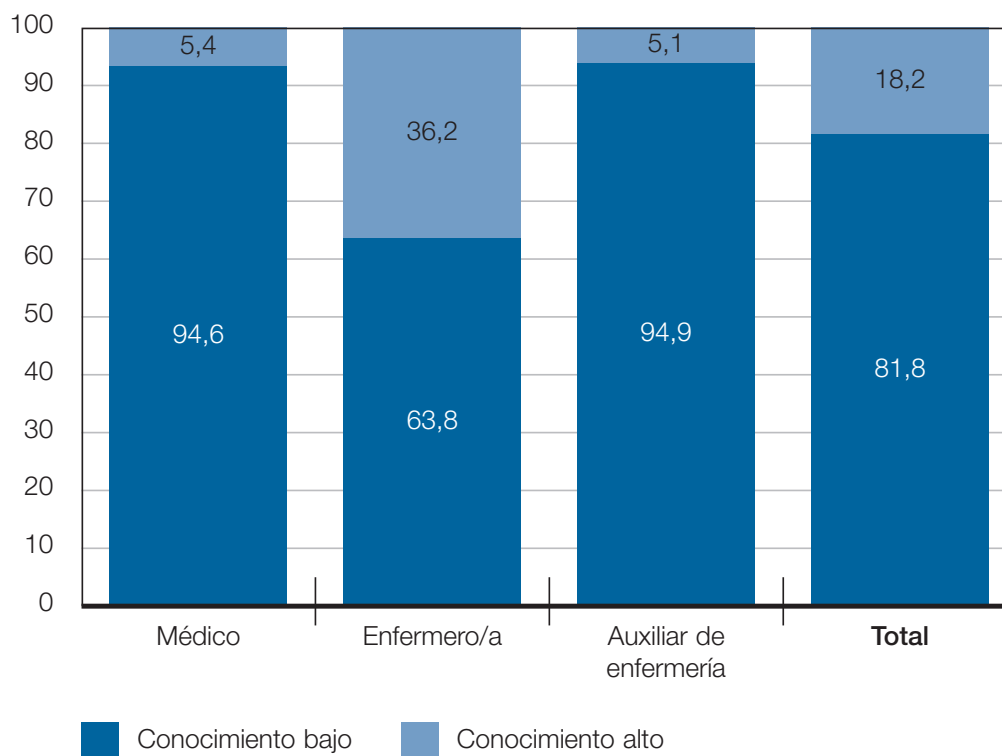
### Nivel de conocimiento

Comparativamente al título de Grado, el nivel de conocimiento de la aprobación del decreto de Especialidades oficiales de Enfermería es casi el doble, ya que casi 2 de cada 5 encuestados afirma conocer esta cuestión.

Como se ha observado con el título de Grado, también en el caso de las especialidades se observan diferencias de conocimiento estadísticamente significativas en función del tipo de profesional. En este tema, las diferencias son más acusadas.

Respecto a los datos globales, el conocimiento de las enfermeras respecto al decreto de especialidades se duplica (36,2%) (Figura 18). En cambio, ni el colectivo médico ni el de auxiliares de enfermería conoce mucho esta cuestión. Los resultados son parecidos a los del título de Grado.

**Figura 18.** Nivel de conocimiento de la aprobación del Real Decreto sobre las Especialidades oficiales de Enfermería según colectivo profesional



Fuente: Encuesta a médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería del sistema de salud de Cataluña.

Analizando los perfiles que más conocimiento afirman tener del tema de especialidades, destacan los profesionales de los centros de atención primaria y, por regiones sanitarias, los de Terres de l'Ebre y Lleida. En relación a los años trabajados, se observa un conocimiento alto entre los profesionales con entre 15 y 24 años de experiencia y los que no responden esta cuestión.

Las enfermeras, con o sin especialidad, destacan por un elevado conocimiento del tema, si bien es superior entre los que tienen el título (Tabla 39).

**Tabla 39. Perfil de personas que tienen un conocimiento alto de la aprobación del decreto de especialidades**

|   | % Conocimiento alto |
|---|---------------------|
| <b>Según tipo de centro de trabajo</b>      |                     |
| Hospital de alta tecnología                 | 21,9                |
| Hospital de referencia                      | 18,6                |
| CAP   | 16,8                |
| Hospital general básico                     | 15,7                |
| <b>Con o sin especialidad de enfermería</b> |                     |
| Con especialidad                            | 43,7                |
| Sin especialidad                            | 37,8                |
| <b>Región sanitaria</b>                     |                     |
| Lleida                                      | 28,6                |
| Camp de Tarragona                           | 24,4                |
| Alt Pirineu i Aran                          | 19,1                |
| Terres de l'Ebre                            | 18,3                |
| Barcelona                                   | 17,5                |
| Catalunya Central                           | 17,5                |
| Girona                                      | 12,4                |
| <b>Años trabajados</b>                      |                     |
| No contesta años trabajados                 | 26,5                |
| 25 años o más                               | 20,3                |
| De 15 a 24 años                             | 15,8                |
| Menos de 15 años                            | 15,5                |

Fuente: Encuesta a médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería del sistema de salud de Cataluña.  
Base: conocimiento alto.

## Especialidades carentes

En relación al decreto de las especialidades, entre los encuestados con un mayor conocimiento del tema se ha preguntado qué especialidades de enfermería se echan de menos en el decreto. La opción más citada hace referencia a la atención de críticos y semicríticos, ligado también a UCI y urgencias.

En segundo lugar, con resultados parecidos, tanto se considera que las especialidades decretadas son suficientes (no se echa de menos ninguna), como se nombra como carente la especialidad de Quirúrgica-Instrumentista (Tabla 40).

| <b>Tabla 40. Especialidades de enfermería que se echan de menos a parte de las oficiales</b> |                |
|--|----------------|
|  | <b>% Total</b> |
| Críticos y semicríticos (UCI, urgencias)   | 48,1           |
| No echa de menos ninguna especialidad  | 28,0           |
| Quirúrgica/Instrumentista  | 25,3           |
| Dice especialidades ya existentes  | 11,4           |
| Docencia, investigación y gestión  | 9,7            |
| Oncológico   | 7,1            |
| Dice especialidades médicas  | 6,7            |
| Curas paliativas   | 3,1            |
| Hemodiálisis y diálisis  | 1,9            |
| Otros  | 6,3            |
| No pertinente, no sabe o no contesta   | 19,5           |

Fuente: Encuesta a médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería del sistema de salud de Cataluña.

Base: conocimiento alto.

Pregunta de respuesta múltiple.

## Expertez vs. especialidad

En este apartado se describe, en primer lugar, la visión que tienen las enfermeras con relación a su expertez (los conocimientos y habilidades que más dominan). En segundo lugar, en función de las unidades de trabajo en el ámbito hospitalario, se les ha preguntado qué especialidades son más adecuadas para cada caso.

Las enfermeras describen su competencia en términos de especialidad, ya sea alguna de las oficiales, o bien, la quirúrgica. En este sentido, por lo tanto, en el momento que tienen que expresar en qué conocimientos y habilidades destacan, hablan de pediatría, salud mental, obstetricia, antes de referirse a los cuidados técnicos o a la comunicación con el paciente. La Tabla 41 muestra el ámbito de expertez de las enfermeras.

Entre los encuestados que trabajan en el ámbito hospitalario se ha preguntado en qué unidades es recomendable tener una especialidad para trabajar y de qué especialidades se trata. Las unidades de quirófano y críticos y semicríticos destacan considerablemente respecto al resto.

| <b>Tabla 41. Ámbito de expertez de las enfermeras</b>         |                |
|---|----------------|
|   | <b>% Total</b> |
| Expresa su expertez en términos de especialidad de enfermería | 37,7           |
| Quirúrgica  | 34,4           |
| Curas prácticas   | 14,6           |
| Comunicación con el paciente                                  | 11,2           |
| Críticos i semicríticos (UCI, urgencias)                      | 9,1            |
| Expresa su expertez en términos de especialidad médica        | 8,4            |
| Fomento de la salud   | 7,0            |
| Autonomía y responsabilidad en toma de decisiones             | 6,8            |
| Gestión de personal y recursos                                | 6,5            |
| Docencia e investigación                                      | 6,0            |
| Control crónicos y cuidados paliativos                        | 4,5            |
| Otros   | 3,9            |
| No pertinente, no sabe o no contesta                          | 11,7           |

Fuente: Encuesta a médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería del sistema de salud de Cataluña.

Base: 411 respuestas, filtro enfermeras.

Pregunta de respuesta múltiple.

Por unidades de trabajo (tablas de la 42 a la 48), y a partir de las respuestas de los profesionales del ámbito hospitalario, las especialidades que se consideran más recomendables son las siguientes:

- Quirófano: la mayor parte de respuestas se concentran en la especialidad oficial de Cuidados Médico-Quirúrgicos y la especialidad Quirúrgica-Instrumentista.
- Unidades de críticos y semicríticos: también se observa una concentración de las respuestas alrededor de la especialidad oficial de Cuidados Médico-Quirúrgicos y la especialidad de Críticos y semicríticos (UCI, urgencias).
- Urgencias: nuevamente destaca la especialidad oficial de Cuidados Médico-Quirúrgicos y, en segundo término, se hace mención de la especialidad de Críticos y semicríticos (UCI, urgencias).
- Radiología, radioterapia y medicina nuclear: en este caso, la mayoría de respuestas no hacen mención de especialidades oficiales, sino que indican la especialidad de Radiología y Medicina Nuclear.
- Unidades de hospitalización: la especialidad más recomendable con diferencia respecto al resto es la de Cuidados Médico-Quirúrgicos. Minoritariamente se menciona también la de Enfermería Pediátrica.
- Consulta externa y gabinete de exploración: en estos puestos de trabajo se recomienda, especialmente respecto al resto de especialidades, tener la especialidad de Familiar y Comunitaria.

**Tabla 42. Lugar de trabajo del ámbito hospitalario por el que se recomienda tener una especialidad**

|  | % Total |
|--|---------|
| Quirófano                                    | 80,4    |
| Críticos y semicríticos                      | 73,1    |
| Urgencias                                    | 54,2    |
| Unidades de hospitalización                  | 40,7    |
| Radiología / Radioterapia / Medicina Nuclear | 40,4    |
| Consulta externa / gabinete de exploración   | 16,2    |
| Otros  | 15,6    |
| Ninguna en especial                          | 3,4     |
| No sabe o no contesta                        | 7,0     |

Fuente: Encuesta a médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería del sistema de salud de Cataluña.

Base: 821 respuestas, filtro trabaja en hospital.

Pregunta de respuesta múltiple.



**Tabla 43. Especialidades recomendables para quirófano**

|  | % Total |
|--|---------|
| Enfermería Cuidados Médico-Quirúrgicos | 45,6    |
| Quirúrgica-Instrumentista              | 21,8    |
| Enfermería del Trabajo                 | 0,6     |
| Críticos y semicríticos                | 0,4     |
| Ninguna en especial                    | 2,7     |
| Otros                                  | 1,4     |
| No sabe o no contesta                  | 19,9    |

Fuente: Encuesta a médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería del sistema de salud de Cataluña.  
 Base: 660 respuestas, filtro trabaja en hospital, en quirófano.  
 Pregunta de respuesta múltiple.

**Tabla 44. Especialidades recomendables para las unidades de críticos y semicríticos**

|  | % Total |
|--|---------|
| Enfermería Cuidados Médico-Quirúrgicos   | 34,4    |
| Críticos y semicríticos (UCI, urgencias) | 23,9    |
| Enfermería Familiar y Comunitaria        | 1,0     |
| Enfermería Pediátrica                    | 0,7     |
| Quirúrgica-Instrumentista                | 0,6     |
| Enfermería Internista-Generalista        | 0,3     |
| Ninguna en especial                      | 3,7     |
| Otros                                    | 0,6     |
| No sabe o no contesta                    | 34,8    |

Fuente: Encuesta a médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería del sistema de salud de Cataluña.  
 Base: 600 respuestas, filtro trabaja en hospital, en críticos y semicríticos.  
 Pregunta de respuesta múltiple.

| <b>Tabla 45. Especialidades recomendables para urgencias</b> |                |
|--|----------------|
|  | <b>% Total</b> |
| Enfermería Cuidados Médico-Quirúrgicos                       | 39,8           |
| Críticos y semicríticos (UCI, urgencias)                     | 17,1           |
| Enfermería Familiar y Comunitaria                            | 2,0            |
| Enfermería Pediátrica  | 1,7            |
| Enfermería Salud Mental                                      | 1,0            |
| Quirúrgica-Instrumentista                                    | 0,9            |
| Enfermería Internista-Generalista                            | 0,3            |
| Ninguna en especial  | 4,5            |
| Otros  | 0,3            |
| No sabe no contesta  | 32,6           |

Fuente: Encuesta a médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería del sistema de salud de Cataluña.  
 Base: 445 respuestas, filtro trabaja en hospital, urgencias.  
 Pregunta de respuesta múltiple.

| <b>Tabla 46. Especialidades recomendables para radiología, radioterapia y medicina nuclear</b> |                |
|--|----------------|
|  | <b>% Total</b> |
| Radiología y Medicina Nuclear  | 22,7           |
| Enfermería Cuidados Médico-Quirúrgicos   | 5,0            |
| Enfermería del Trabajo   | 2,2            |
| Enfermería Familiar y Comunitaria  | 1,0            |
| Oncología  | 0,6            |
| Enfermería Salud Mental  | 0,4            |
| Enfermería Obstetricia-Ginecología (matrona)   | 0,4            |
| Ninguna en especial  | 5,3            |
| Otros  | 3,0            |
| No pertinente, no sabe no contesta   | 59,3           |

Fuente: Encuesta a médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería del sistema de salud de Cataluña.  
 Base: 332 respuestas, filtro trabaja en hospital, en radiología, radioterapia y medicina nuclear.  
 Pregunta de respuesta múltiple.

**Tabla 47. Especialidades recomendables para las unidades de hospitalización**

|  | % Total |
|--|---------|
| Enfermería Cuidados Médico-Quirúrgicos   | 55,3    |
| Enfermería Pediátrica                    | 7,5     |
| Enfermería Familiar y Comunitaria        | 3,7     |
| Enfermería Internista-Generalista        | 3,0     |
| Enfermería Geriátrica                    | 2,2     |
| Enfermería Salud Mental                  | 1,2     |
| Quirúrgica-Instrumentista                | 0,5     |
| Oncología                                | 0,5     |
| Enfermería del Trabajo                   | 0,5     |
| Críticos y semicríticos (UCI, urgencias) | 0,4     |
| Ninguna en especial                      | 0,6     |
| Otros                                    | 3,8     |
| No pertinente, no sabe no contesta       | 12,0    |

Fuente: Encuesta a médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería del sistema de salud de Cataluña.

Base: 334 respuestas, filtro trabaja en hospital, en las unidades de hospitalización.

Pregunta de respuesta múltiple.

**Tabla 48. Especialidades recomendables para consulta externa y gabinetes de exploración**

|  | % Total |
|--|---------|
| Enfermería Familiar y Comunitaria            | 48,7    |
| Enfermería Obstetricia-Ginecología (matrona) | 5,7     |
| Enfermería del Trabajo                       | 4,7     |
| Enfermería Cuidados Médico-Quirúrgicos       | 4,5     |
| Radiología y Medicina Nuclear                | 1,6     |
| Enfermería Pediátrica                        | 0,9     |
| Otros  | 1,8     |
| Ninguno en especial                          | 3,6     |
| No sabe no contesta                          | 28,6    |

Fuente: Encuesta a médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería del sistema de salud de Cataluña.

Base: 133 respuestas, filtro trabaja en hospital, en consulta externa y gabinete de exploración.

Pregunta de respuesta múltiple.

En relación con la especialidad oficial de Cuidados Médico-Quirúrgicos, se ha preguntado a los encuestados a qué asocian esta especialidad. La mayoría de respuestas hacen referencia a un puesto de trabajo en lugar de mencionar conocimientos, tareas o tipos de paciente (Tabla 49). En primer lugar y de forma destacada, se asocia al quirófano, seguido de críticos y semicríticos y, en tercer lugar, a la hospitalización.

Sin embargo, el 8,5% de las respuestas indican que se trata de una especialidad generalista.

| <b>Tabla 49. Ámbitos a los cuales se asocia la especialidad Médico-Quirúrgica</b> |                |
|---|----------------|
|   | <b>% Total</b> |
| Relacionado con el quirófano  | 58,0           |
| Críticos y semicríticos (UCI, urgencias)  | 32,4           |
| Relacionado con la hospitalización  | 27,9           |
| Generalista   | 8,5            |
| Tratamiento de heridas (curas y heridas)  | 7,1            |
| En traumatología  | 4,0            |
| Es muy amplia, engloba muchas especialidades, no se adecua a la realidad          | 1,9            |
| Otros   | 7,6            |
| No pertinente, no sabe no contesta  | 20,2           |

Fuente: Encuesta a médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería del sistema de salud de Cataluña.

Base: 994 respuestas.

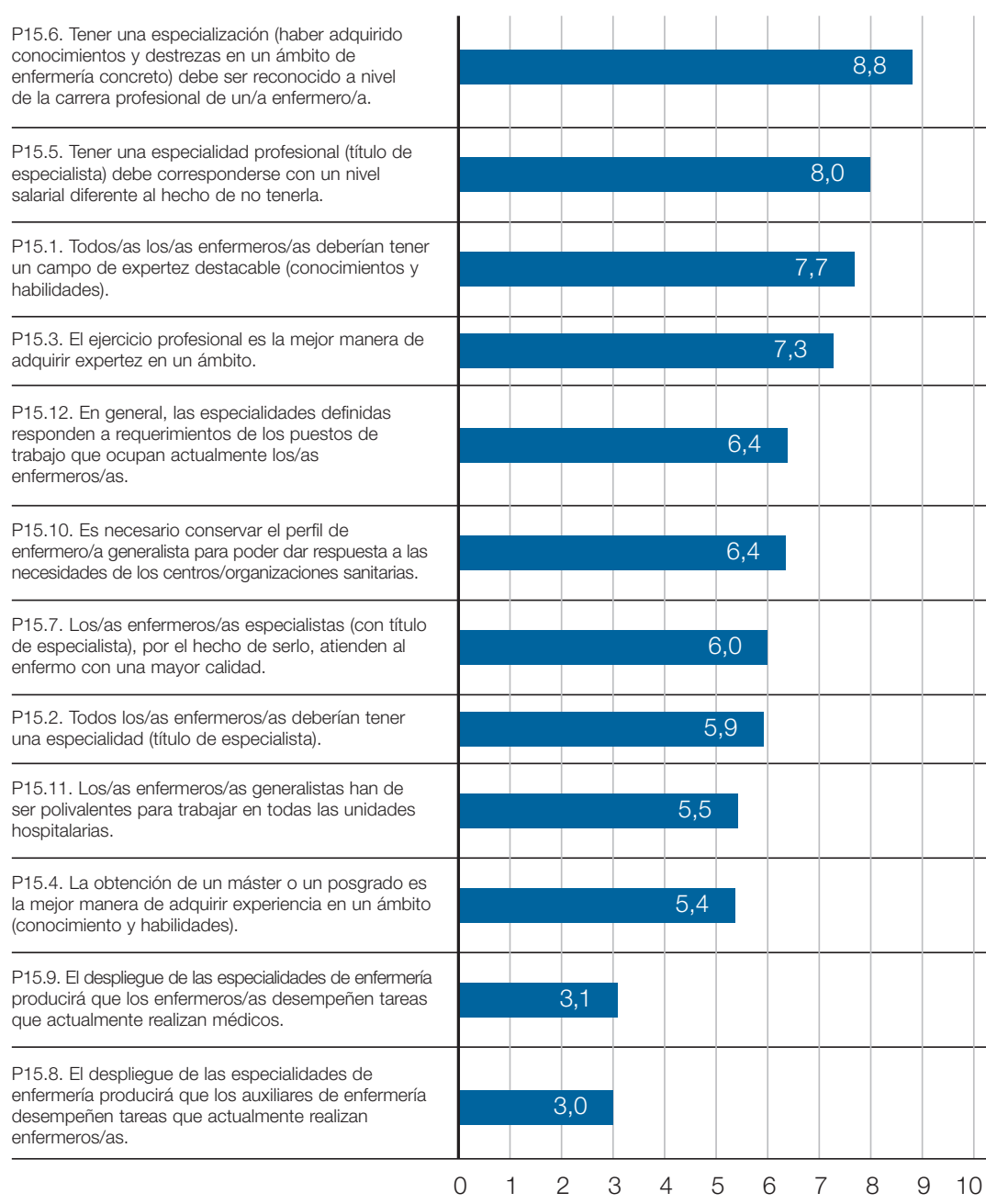
Pregunta de respuesta múltiple.

### Valoraciones en torno a las especialidades

De la misma forma que se ha realizado para valorar el tema del título de Grado, también en el caso de las Especialidades oficiales de Enfermería se han planteado una serie de afirmaciones ante las cuales los encuestados han tenido que mostrar su grado de acuerdo, ya que han tenido que valorar cada una de las afirmaciones de 0 a 10, donde el 0 equivale a nada de acuerdo y el 10 a totalmente de acuerdo. Como en el caso anterior, el análisis se ha hecho entre las personas con un conocimiento alto de la cuestión.

Cabe destacar, en primer lugar, que el tema de las especialidades planteará más cambios que el título de Grado. Tomando como referencia las medias, los encuestados muestran la siguiente visión (Figura 19):

**Figura 19. Grado de acuerdo en torno a las especialidades**



Fuente: Encuesta a médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería del sistema de salud de Cataluña.  
Escala de 0 a 10, donde el 0 equivale a "nada de acuerdo" y el 10 a "totalmente de acuerdo".  
Base: 178 conocimiento alto.

- La especialización (entendida como dominio de un ámbito, por haber adquirido conocimientos y destrezas) tiene que estar reconocida a nivel de carrera profesional, por lo tanto, a nivel del sistema sanitario.
- Por otra parte, tener el título de especialista tiene que estar reconocido a nivel salarial en comparación a no tenerlo.
- La enfermera debe tener competencia –expertez– y dominio de un ámbito concreto. En este sentido y comparativamente con la cuestión de tener el título de especialista (acuerdo moderado), se ve más necesaria la competencia adquirida con el trabajo que la adquirida con la titulación.
- La mejor opción para alcanzar esta expertez es por la vía del ejercicio profesional. Esta opción obtiene más adhesiones (acuerdo) que el máster o posgrado como medio para adquirir la expertez.
- El traspaso a enfermeras de algunas tareas que ahora hacen médicos no se producirá con el despliegue de las especialidades. Tampoco se dará el supuesto de que los auxiliares de enfermería desarrollen tareas de las enfermeras.
- El resto de cuestiones tienen medias acerca del 5 y el 6; por lo tanto, los encuestados con un conocimiento alto de la cuestión se muestran moderadamente de acuerdo.

Siguiendo el mismo modelo de análisis que en el caso del título de Grado, analizados los promedios, se ha estudiado la distribución de las frecuencias de acuerdo que muestran los encuestados alrededor de las cuestiones planteadas de las especialidades, para detectar las cuestiones que generan más unanimidad y las que generan diferencia de opinión.

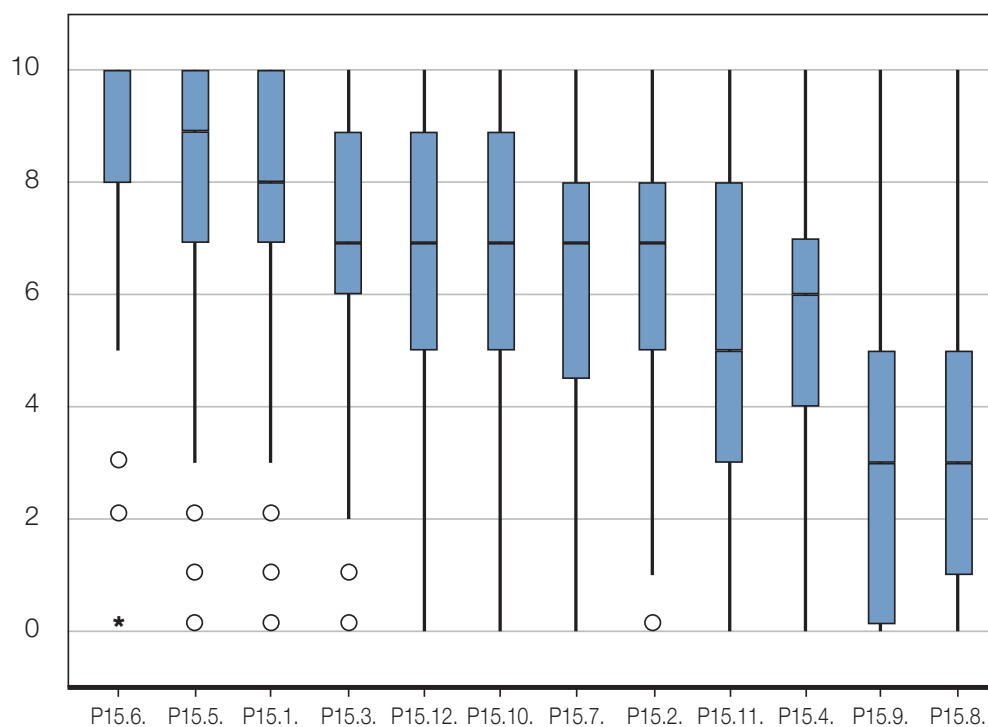
Cabe destacar que de las 12 cuestiones analizadas, en la mitad se observa dispersión en las respuestas mientras que en la otra mitad no se observa, ya que se da bastante unanimidad. En consecuencia, la visión es coincidente para las siguientes cuestiones:

- El reconocimiento de la especialización a nivel de carrera profesional.
- La traducción a nivel salarial del título de especialista.
- La idoneidad que el profesional enfermero domine un ámbito concreto.
- La apuesta por el ejercicio profesional como la mejor vía para alcanzar este dominio.

A pesar de las valoraciones, el análisis de la dispersión de frecuencias detecta diferencia de opiniones en el resto de cuestiones. La Figura 20 muestra la distribución de las valoraciones en torno a las especialidades por parte de personas con un conocimiento elevado de esta cuestión a través de un diagrama de caja.

La dispersión observada en relación a las especialidades también se explica, como en el caso del título de Grado, porque existe una visión divergente de enfermeras, médicos y auxiliares de enfermería.

**Figura 20. Distribución de las valoraciones en torno a las especialidades**



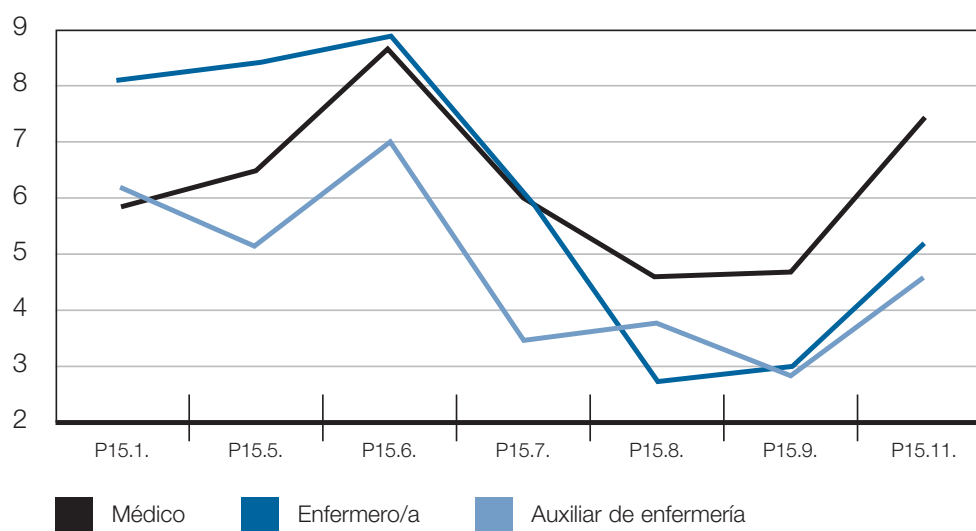
Fuente: Encuesta a médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería del sistema de salud de Cataluña.

Base: 178 respuestas conocimiento elevado de las especialidades.

**Nota metodológica:** Representación gráfica de la distribución de frecuencias de las valoraciones en torno a las especialidades mediante un rectángulo que enmarca las frecuencias comprendidas entre el percentil 25 y el percentil 75 y que está dividido por una línea que representa la mediana, coincidiendo con el percentil 50.

Tal como se ha explicado antes, el análisis de la varianza ha permitido detectar las afirmaciones con diferencias estadísticas significativas entre los tres colectivos. También se representan en la Figura 21.

**Figura 21. Diferencias en el grado de acuerdo en torno a las especialidades según colectivo profesional**



- P15.1. Todos/as enfermeros/as deberían tener un campo de expertez destacable (conocimientos y habilidades).
- P15.5. Tener una especialidad profesional (título de especialista) debe corresponderse con un nivel salarial diferente al hecho de no tenerla.
- P15.6. Tener una especialización (haber adquirido conocimientos y destrezas en un ámbito de enfermería concreto) debe ser reconocido a nivel de la carrera profesional de un/a enfermero/a.
- P15.7. Los/as enfermeros/as especialistas (con título de especialista), por el hecho de serlo, atienden al enfermo con una mayor calidad.
- P15.8. El despliegue de las especialidades de enfermería producirá que los auxiliares de enfermería desempeñen tareas que actualmente realizan enfermeros/as.
- P15.9. El despliegue de las especialidades de enfermería producirá que los enfermeros/as desempeñen tareas que actualmente realizan médicos.
- P15.11. Los/as enfermeros/as generalistas han de ser polivalentes para trabajar en todas las unidades hospitalarias.

Fuente: Encuesta a médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería del sistema de salud de Cataluña.

Base: 178 conocimiento elevado de las especialidades.

Escala de 0 a 10, donde el 0 equivale a "nada de acuerdo" y el 10 a "totalmente de acuerdo".

Las visiones son las siguientes:

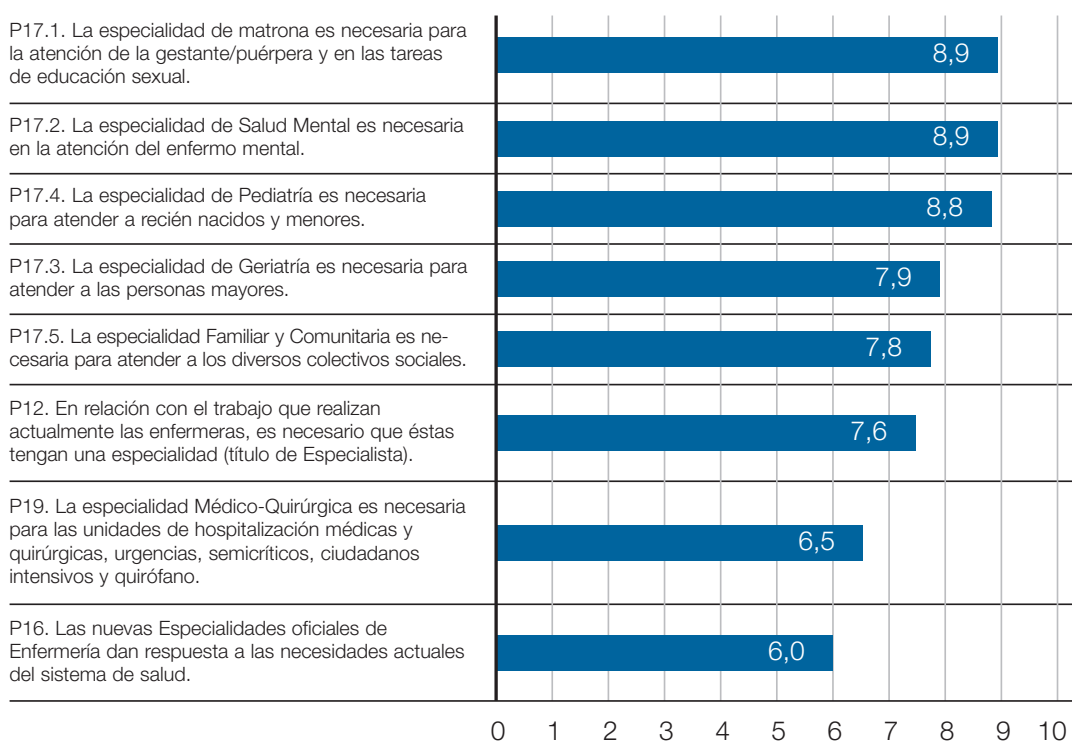
- En la Figura 21, la primera (P15.1.) y la última afirmación (P15.11.) indican que las enfermeras apuestan por una profesión más bien experta en un ámbito que por mantener la polivalencia de enfermeras en el ámbito hospitalario. Comparativamente, si bien en la primera cuestión el colectivo médico y de auxiliares de enfermería se muestra de acuerdo moderadamente en la cuestión de la polivalencia, la apuesta es sobre todo de los médicos.



- El reconocimiento de la especialización en términos de carrera profesional y la mayor atención de calidad cuando la asistencia la hace un especialista (profesional con título de especialista) son dos afirmaciones en las que están de acuerdo enfermeras y médicos. La visión diferenciada y en desacuerdo ante estas dos cuestiones es entre el colectivo de auxiliares.
- La traducción a nivel salarial del hecho de tener título de especialista divide claramente a los tres colectivos. Enfermeras y auxiliares están bastante alejados respecto a esta cuestión, siendo más apoyada por los primeros.
- En términos de futuro, el colectivo médico se muestra más de acuerdo con el posible traspaso de algunas de sus tareas hacia las enfermeras y, de igual forma, de éstas hacia las auxiliares. Comparativamente, enfermeras y auxiliares tienden a mostrarse menos de acuerdo que el despliegue de las especialidades tenga este efecto en las propias tareas.

En relación con las especialidades, también se ha analizado hasta qué punto son necesarias para la atención a los diferentes tipos de paciente (Figura 22).

**Figura 22. Grado de necesidad de las especialidades**



Fuente: Encuesta a médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería del sistema de salud de Cataluña.

Base: 178 conocimiento elevado de las especialidades.

Escala de 0 a 10, donde el 0 equivale a "nada necesario" y el 10 a "totalmente necesario". La escala de valoración de P 16 es de 0 a 10, donde el 0 equivale a "nada de acuerdo" y el 10 a "totalmente de acuerdo".

El análisis de las medias muestra dos niveles diferentes de especialidades:

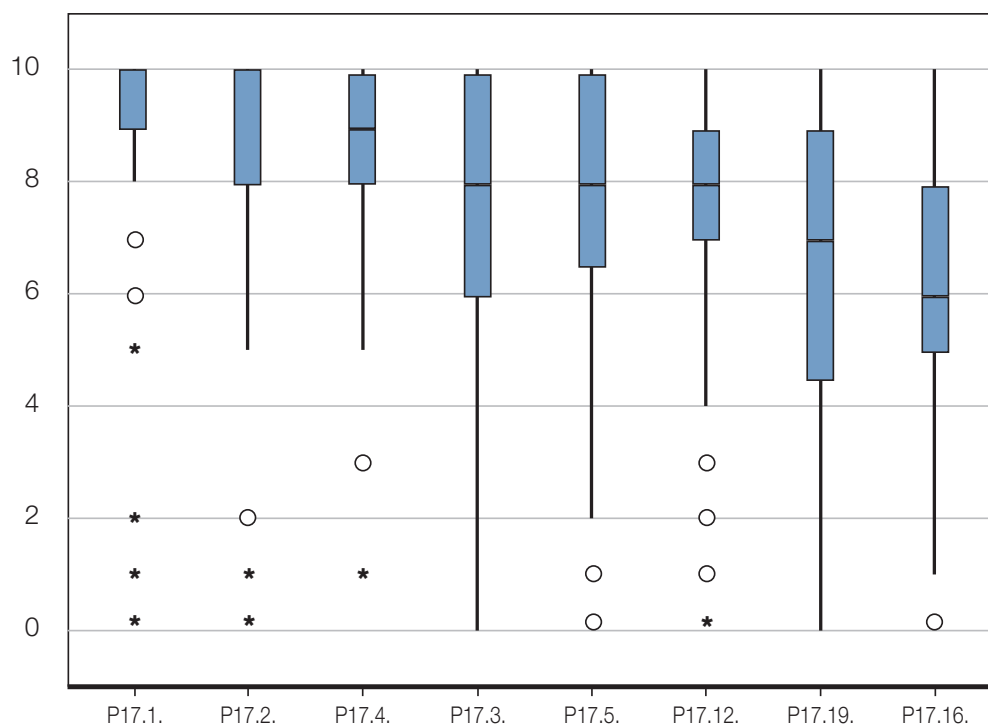
- Las especialidades de Obstetricia-Ginecología, Salud Mental y Pediatría son las más necesarias debido al tipo de paciente que tienen que atender. Asimismo, también se consideran bastante necesarias las especialidades de Geriatria y Familiar y Comunitaria.
- Aunque también se considera necesaria la especialidad de Cuidados Médico-Quirúrgicos, es la que obtiene un promedio más moderado.
- Asimismo, se considera bastante necesario que, para la tarea asistencial que actualmente desarrollan las enfermeras, tengan el título de especialista.
- Por otra parte, se considera que las nuevas especialidades responden moderadamente a las necesidades del sistema de salud.

El análisis de la distribución de las frecuencias en relación con el grado de necesidad de las diversas especialidades y temas analizados en la figura anterior, indica lo siguiente:

- Visión unánime respecto a la necesidad de comadrona, Salud Mental y Pediatría, así como respecto a la idoneidad de ser enfermero/a especialista para desarrollar la tarea asistencial.
- Mayor división de opiniones respecto a la necesidad de contar con profesionales especialistas en la atención a ancianos y a los diferentes colectivos sociales que se asocian a la especialidad de Familiar y Comunitaria, así como en el caso de los Cuidados Médico-Quirúrgicos.

El análisis de la dispersión de frecuencias (Figura 23) detecta diferencias de opinión en algunas cuestiones, sólo explicables en dos casos según el colectivo profesional que lo valora (análisis de la varianza).

**Figura 23. Distribución del grado de necesidad de las especialidades**



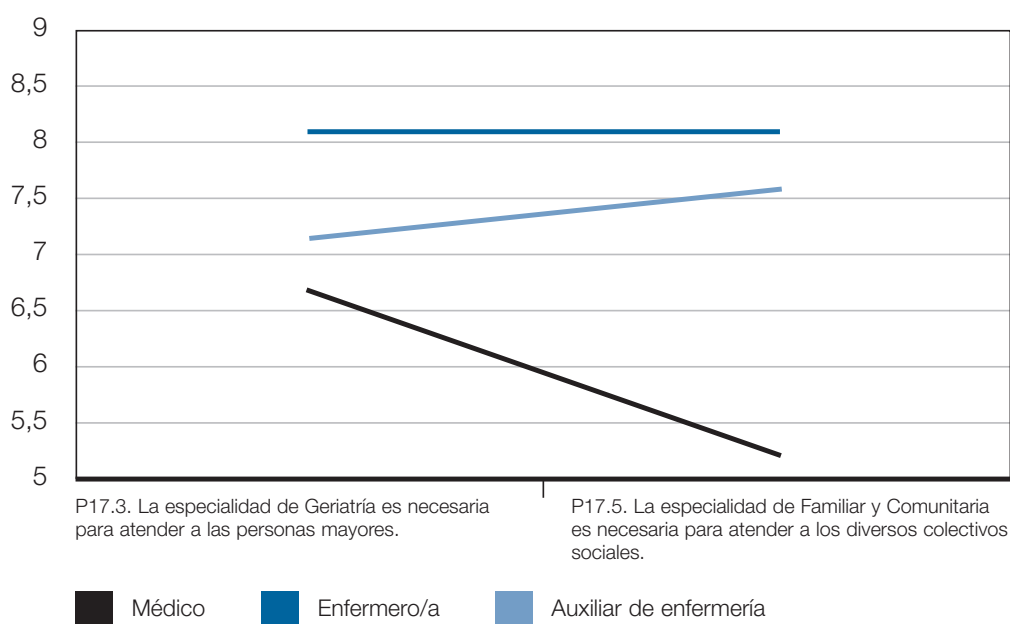
Fuente: Encuesta a médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería del sistema de salud de Cataluña.

Base: 178 conocimiento elevado de las especialidades.

**Nota metodológica:** Representación figura de la distribución de frecuencias de las valoraciones en torno a las especialidades mediante un rectángulo que enmarca las frecuencias comprendidas entre el percentil 25 y el percentil 75 y que está dividido por una línea que representa la mediana, coincidiendo con el percentil 50.

Hay que destacar que la visión de las enfermeras respecto a las especialidades de geriatría y familiar y comunitaria diverge del resto de profesionales y, en especial, de los médicos (Figura 24).

**Figura 24. Diferencias en el grado de necesidad de las especialidades según colectivo profesional**



Fuente: Encuesta a médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería del sistema de salud de Cataluña.  
Base: 178 conocimiento elevado de las especialidades.  
Escala de 0 a 10, donde el 0 equivale a "nada de acuerdo" y el 10 a "totalmente de acuerdo".

Las diferencias son las siguientes:

- Las enfermeras consideran muy necesarias las especialidades de Geriátrica y Familiar y Comunitaria para atender a ancianos, en el primer caso, y al resto de colectivos sociales en el segundo.
- Comparativamente, el colectivo de auxiliares de enfermería, si bien las considera necesarias a ambas, coincide especialmente con la especialidad de Familiar y Comunitaria.
- De forma opuesta, el colectivo médico no considera necesaria la especialidad de enfermería Familiar y Comunitaria.

Los motivos que explican por qué se considera necesario para la tarea asistencial tener una especialidad enfermera (título de especialista) son los siguientes:

- De forma diferenciada, la respuesta mayoritaria muestra el convencimiento que el título de especialista asegura que el profesional que lo ha obtenido tiene los conocimientos especializados y la expertez necesaria para ejercer la tarea asistencial.

- Además, se asocia una mejor atención a la figura del especialista.
- Sin embargo, es preciso diferenciar los puestos de trabajo, ya que para algunos se considera necesario el título y para otros no.

En la Tabla 50 se presentan los motivos por los que se considera necesario tener una especialidad de enfermería para las tareas asistenciales.

| <b>Tabla 50. Motivos por los que se considera necesario tener una especialidad de enfermería</b> |                |
|--|----------------|
|  | <b>% Total</b> |
| Asegura conocimientos especializados. Expertez   | 50,0           |
| Para dar una mejor atención  | 26,0           |
| Depende del lugar del trabajo, para algunas es necesaria y para otras no                         | 16,0           |
| Más autonomía en la toma de decisiones y responsabilidades                                       | 9,5            |
| Reconocimiento profesional, mejores condiciones salariales y promoción profesional               | 6,4            |
| La experiencia proporciona la preparación  | 5,1            |
| Actualización de conocimientos, técnicas y métodos de trabajo                                    | 4,6            |
| Docencia e investigación, mejora de la profesión   | 4,3            |
| Mejora de la comunicación y relación con los médicos   | 4,1            |
| Para delimitar el rol de cada trabajo  | 3,9            |
| No hace falta, mejor una formación pluridisciplinar o generalista                                | 3,2            |
| Reconocimiento social  | 2,7            |
| Para acreditación académica  | 2,2            |
| Otros  | 3,8            |
| No pertinente, no sabe o no contesta   | 8,9            |

Fuente: Encuesta a médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería del sistema de salud de Cataluña.

Base: 742 respuestas, filtro necesario, bastante y mucho.

Pregunta de respuesta múltiple.

### Fase 3. Definición de los escenarios de impacto en el perfil profesional de enfermería

#### Resultados de los grupos de expertos (mini-Delphi)

Los resultados de los mini-Delphi realizados con los grupos de expertos se presentan agrupados en función del tema analizado. En relación con el tema de los estudios de Grado los resultados corresponden al grupo de expertos multidisciplinar. Para el tema de las Especialidades oficiales de Enfermería, los resultados obtenidos se detallan para cada uno de los grupos de expertos consultados: grupo de expertos multidisciplinar, grupo de expertos de enfermeras hospitalarias y grupo de expertos de enfermeras de atención primaria.

#### Estudios de Grado

1. Se pone claramente de manifiesto que las universidades deberían iniciar la formación del título de Grado de forma escalonada, con el fin de evitar que durante un año no haya profesionales de nueva incorporación.
2. Se produce un acuerdo generalizado acerca de la duración del título de Grado, se cree que a corto plazo no modificará la demanda de los estudios. A medio y largo plazo el desarrollo del título de Grado puede favorecer el crecimiento del número de estudiantes de enfermería, por un doble atractivo: el que ya tiene ahora y el de una carrera de mayor prestigio (consecuencia del esperado reconocimiento social).
3. Se considera que el aumento del coste, derivado de la duración de cuatro años, puede disminuir la demanda en las escuelas con matrícula privada.
4. Se estima poco probable que el incremento de plazas de matrícula pública favorezca un mayor número de alumnos interesados en estudiar enfermería.
5. El título de Grado comportará que un número de enfermeras superior al actual ocupen cargos de responsabilidad y gestión.
6. Es probable que la profesionalidad que proporcionará el título de Grado se traduzca en una mejor asistencia, gracias al aumento de los conocimientos y el nivel de competencias profesionales.

7. Se cree que es medianamente probable que se produzca una redistribución de las competencias entre los profesionales de la salud.
8. En relación con las bondades del título de Grado, existe diversidad de opiniones: las enfermeras creen que equipararse al resto de los títulos de grado facilitará el trabajo en equipo y la colaboración con el resto de profesionales, mientras que los médicos y las auxiliares no esperan que estas cuestiones cambien a partir del desarrollo del título de Grado.
9. Los expertos están de acuerdo en que sería altamente deseable que hubiera un reconocimiento económico al título de Grado, a pesar de que creen sólo medianamente probable que se produzca.

## Especialidades oficiales de Enfermería

### Grupo de expertos multidisciplinar

1. El Decreto de las Especialidades oficiales de Enfermería tendrá poco impacto en la calidad del sistema.
2. Hay un acuerdo generalizado en que la especialidad tendrá más valor de mercado que el resto de títulos.
3. Directa o indirectamente, las especialidades oficiales tendrán claramente una traducción a nivel económico. En este sentido, el aspecto más esperado es que la especialización o el dominio de conocimientos en un ámbito estén reconocidos a nivel de carrera profesional dentro del sistema de salud.
4. Tal como se ha detectado con el título de Grado, el desarrollo de las especialidades puede generar oportunidades de cambio y de transferencia de funciones entre profesionales del ámbito sanitario, pero sin cambios estructurales destacables.
5. Se definirán los puestos de trabajo (misión, áreas de responsabilidad, actividades, requisitos, experiencia previa, rodaje, nivel de competencias) y se establecerá el dimensionamiento de cada perfil profesional. Esto permitirá delimitar las necesidades de los diferentes perfiles de profesionales en el sistema de salud. El número de especialistas (ya

sea por la vía de las especialidades oficiales o a partir de un máster profesionalizador) vendrá condicionado a las características de los puestos de trabajo que se definan. Esto significa ligar los puestos de trabajo a las competencias que se requieran.

6. Se producirá una redistribución de las competencias entre los profesionales de la salud, como consecuencia de la implantación de las Especialidades oficiales de Enfermería.
7. Las enfermeras especialistas deben finalizar su formación como especialistas con un grado de expertez en una determinada área. En uno de los debates se diferenció entre el especialista y el experto, entendiendo al especialista como el que tiene unas competencias específicas y diferenciadas de otro (podría estar relacionado con los conocimientos o un nivel académico); mientras que el experto tiene la habilidad o la competencia clínica que desarrolla en el entorno práctico donde actúa. En tal caso, pueden haber enfermeras expertas que son generalistas, enfermeras expertas especialistas y enfermeras especialistas no expertas.
8. En términos de impacto a corto plazo, se debe considerar que 7 de cada 10 enfermeras que trabajan en los hospitales de agudos de la red pública y en los centros de atención primaria llevan más de 15 años de ejercicio de la profesión en el mismo lugar de trabajo. Por lo tanto, las posibilidades de acreditar suficiente experiencia en un ámbito para poder convalidarla por una especialidad oficial son elevadas.
9. No todas las enfermeras que trabajan en el sistema de salud deben de ser especialistas.

#### Grupo de expertos de enfermeras hospitalarias

1. Se pone claramente de manifiesto la opinión que la especialidad de Médico-Quirúrgica es muy amplia y hace difícil intuir cuáles son las competencias específicas que se van a determinar para distinguirla de una enfermera generalista. No pasa lo mismo con otras especialidades, a pesar de que no estén definidas las competencias adicionales que tendrán con relación con las generalistas.
2. Para distinguir entre una enfermera especialista y una experta, se define una enfermera especialista como aquella que tiene unas competencias específicas diferenciadas (estas competencias podrían estar



ligadas a los conocimientos o al nivel académico), mientras que una enfermera experta se define como la que tiene habilidad o competencia de reflexión clínica en el entorno práctico donde se mueve. Por lo tanto, pueden haber enfermeras expertas que son generalistas, enfermeras expertas especialistas y enfermeras especialistas no expertas.

3. El número de especialistas (ya sea por la vía de los másteres profesionalizadores o por haber cursado una especialidad oficial) necesarios en una organización viene condicionado por las características de los puestos de trabajo que se han definido. Esto conlleva ligar los puestos de trabajo a las competencias que se requieran para el desempeño del mismo (generalista o especialista por la vía que sea).
4. Se deben acreditar las competencias de cada especialista (ya sea vía especialidad oficial o por un máster profesionalizador).
5. Existe un gran acuerdo en que no todas las enfermeras de los hospitales deben de ser especialistas.

La Tabla 51 muestra el resultado de la determinación del dimensionamiento de las enfermeras especialistas para los hospitales de agudos. El dimensionamiento de la especialidad de matrona no se incluye debido a que cada hospital tiene asignados lugares de trabajo específicos en los que el requisito para acceder a ellos es acreditar esta especialidad.

| <b>Tabla 51. Dimensionamiento de las enfermeras especialistas para los hospitales de agudos</b> |      |    |      |    |        |    |       |    |       |     |               |     |    |    |
|---|------|----|------|----|--------|----|-------|----|-------|-----|---------------|-----|----|----|
| NE  | EE-G |    | EE-P |    | EE-FyC |    | EE-SM |    | EE-MQ |     | Especialistas |     |    |    |
|   | m    | M  | m    | M  | m      | M  | m     | M  | m     | M   | Número        |     | %  |    |
|   | m    | M  | m    | M  | m      | M  | m     | M  | m     | M   | m             | M   | m  | M  |
| <b>1.000</b>  | 10   | 20 | 30   | 50 | 8      | 15 | 10    | 15 | 150   | 250 | 208           | 350 | 21 | 35 |
| <b>500</b>  | 5    | 10 | 15   | 25 | 4      | 8  | 5     | 8  | 100   | 150 | 129           | 201 | 26 | 40 |
| <b>200</b>  | 1    | 3  | 3    | 5  | 1      | 2  | 1     | 3  | 20    | 30  | 26            | 43  | 13 | 22 |
| <b>100</b>  | 1    | 1  | 1    | 1  | 1      | 1  | 1     | 1  | 10    | 15  | 14            | 19  | 14 | 19 |

\* NE (número de enfermeras en el centro); EE (Especialidad de Enfermería); P (Pediátrica); G (Gerítrica); FyC (Familiar y Comunitaria); SM (Salud Mental); MQ (Médico-Quirúrgica); m (valor mínimo); M (valor máximo).

## Grupo de expertos de enfermeras de atención primaria

1. El Real Decreto se ha publicado sin tener en cuenta qué especialidades requiere el sistema y se ha puesto de manifiesto que actualmente hay más niveles de expertez que especialidades previstas. Se pone como ejemplo que se podría ser especialista en Salud Pública, en Sistemas de información y registros enfermeros, Prevención entre otras áreas. Asimismo, se manifiesta la falta de oportunidad del Real Decreto en el momento del cambio de la titulación de los estudios de enfermería.
2. La convalidación de especialidades que se han cursado hace ya muchos años, con contenidos diversos y no siempre actualizados y que muchas veces ni se han ejercido, desacredita los futuros títulos de enfermería pendientes de desarrollar.
3. Se cree que las enfermeras que hace un tiempo que trabajan en el ámbito de atención primaria ya son “especialistas” y que el decreto sólo sirve para acreditarlas y reconocerlas.
4. Se espera que la mayor preparación de las enfermeras especialistas al incorporarse a la atención primaria signifique que éstas asumirán un mayor papel en la prevención y promoción de la salud. Se considera, además, que estarán más preparadas para tener mayores competencias y capacidad de decisión y de gestión, debido a que una mayor base curricular las dotará de las herramientas adecuadas para ser más críticas.
5. Todas las enfermeras de la atención primaria tienen que tener la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria (EFyC) dado que esta especialidad es la menos especialista de todas y, por otra parte, los puestos de trabajo en la atención primaria no son tan diferenciados como en el hospital. Aún así, se propone que según el tipo de población asignada haya alguna enfermera pediátrica, geriátrica o de salud mental.
6. Las enfermeras de la atención primaria deben tener las competencias y las habilidades para desarrollar su rol. Y, si es preciso, la acreditación o formalización de estas competencias se puede hacer ya sea por la vía de la especialidad o por la vía de máster profesionalizador.
7. La especialidad de EFyC preocupa y produce una cierta desconfianza, dado que no está definida; además se teme que no dé respuesta a las necesidades del sistema.

8. Se propone que si se relacionan las especialidades con los puestos de trabajo podría vincularse el título de especialista al sistema de carrera profesional. Ésta sería una fórmula que facilitaría el reconocimiento económico a quien la tenga.
9. Gran acuerdo en que todas las enfermeras de la atención primaria a medio plazo deberían de ser especialistas en EFyC. Esto se producirá a medida que se vayan incorporando las nuevas especialistas, se vayan convalidando las que están trabajando actualmente y se jubilen las que no optan por la convalidación.

Grupo de expertos de enfermeras de un hospital pediátrico monográfico de alta tecnología

1. La especialidad de Pediatría se considera indispensable en un hospital monográfico de estas características.
2. Dentro de la especialidad de Pediatría se deberían establecer áreas específicas de competencias o subespecialidades como la Pediatría Oncológica y la Neonatología como las más destacadas.
3. Se considera que un año de formación sería suficiente, aunque sería deseable, fundamentalmente para las subespecialidades, que se realizara un segundo año de formación.

La Tabla 52 muestra el resultado de la determinación del dimensionamiento de las enfermeras especialistas en un hospital pediátrico monográfico y de alta tecnología. Debido a las características del centro sólo se valoran las especialidades de Enfermería Pediátrica y de Enfermería Familiar y Comunitaria.

| <b>Tabla 52. Dimensionamiento de las enfermeras especialistas para un hospital pediátrico monográfico y de alta tecnología</b> |      |   |      |     |        |   |       |   |       |   |               |     |    |     |
|--|------|---|------|-----|--------|---|-------|---|-------|---|---------------|-----|----|-----|
| NE   | EE-G |   | EE-P |     | EE-FyC |   | EE-SM |   | EE-MQ |   | Especialistas |     |    |     |
|  | m    | M | m    | M   | m      | M | m     | M | m     | M | Nº            |     | %  |     |
|  | m    | M | m    | M   | m      | M | m     | M | m     | M | m             | M   | m  | M   |
| 400  | -    | - | 360  | 400 | 1      | 1 | -     | - | -     | - | 451           | 500 | 90 | 100 |

\* NE (número de enfermeras en el centro); EE (especialidad de enfermería); P (Pediátrica); G (Gerítrica); FyC (Familiar y Comunitaria); SM (Salud Mental); MQ (médico-quirúrgica); m (valor mínimo); M (valor máximo)

## Fase 4: Estimación de la repercusión económica

### Resultados del estudio económico

Para obtener la estimación económica de los cambios derivados de las especialidades se ha partido de:

- Los escenarios de dotación de especialistas definidos en los mini-Delphi sobre las especialidades oficiales en hospitales de agudos, centros de atención primaria y hospital monográfico de pediatría.
- Los datos sobre las plantillas disponibles en los centros estudiados.

A partir de esto se ha realizado la proyección de los costes laborales y la estimación de la variación que esto podría suponer. Dado que en el grupo de atención primaria hubo consenso al estimar que todas las enfermeras debían ser especialistas, se ha aplicado al 100% de la plantilla el plus de especialista (Tabla 53).

| <b>Tabla 53. Impacto económico potencial de la implementación de las especialidades en atención primaria</b> |                                   |  |
|--|-----------------------------------|--|
| Tipología de centro  | Número de enfermeras en plantilla | Estimación del número de enfermeras especialistas con plus de especialista |
| CAP de un Área del ICS   | 131                               | 131  |
| Entidad de base asociativa   | 9                                 | 9  |
| Consorcio  | 79                                | 79   |

El impacto económico sobre la masa salarial de las enfermeras en atención primaria se muestra en la Tabla 54. En base al incremento y la masa salarial en cada uno de los centros de atención primaria, se observa que puede tener un impacto económico de entre el 6,43% y el 2,2% (Tabla 54).

| <b>Tabla 54. Impacto económico sobre la masa salarial de las enfermeras en atención primaria</b> |                                 |                                       |              |
|--|---------------------------------|---------------------------------------|--------------|
| Tipología de centro  | Masa salarial de las enfermeras | Incremento con plus de especialista * | % Incremento |
| CAP de un Área del ICS   | 4.554.784,18                    | 292.793,52                            | 6,43         |
| Entidad de base asociativa   | 324.523,13                      | 12.256,80                             | 3,78         |
| Consorcio  | 4.885.342,96                    | 107.587,48                            | 2,20         |

\* Plus de especialidad en matrona según el XII Convenio de la XHUP (Xarxa d'Hospitals d'Utilització Pública) para el 2006 y plus de especialidad según las tablas salariales del ICS para el 2006

Los resultados del impacto económico potencial de la implementación de las especialidades en los hospitales de agudos y en el monográfico pediátrico se muestran en la Tabla 55. Para este análisis del impacto económico potencial, se aplica el porcentaje de especialistas estimados en los grupos mini-Delphi de atención primaria (Tabla 51).

| <b>Tabla 55. Impacto económico potencial de la implementación de las especialidades en los hospitales de agudos y monográfico pediátrico</b> |                                   |  |  |
|--|-----------------------------------|--|--|
| Tipología de centro  | Número de enfermeras en plantilla | Número de enfermeras con plus de especialista mínimo | Número de enfermeras con plus de especialista máximo |
| Hospital alta tecnología<br>900 camas  | 887                               | 186  | 310  |
| Hospital de referencia<br>400 camas  | 394                               | 83   | 138  |
| Hospital de referencia<br>200 camas  | 193                               | 41   | 68   |
| Hospital básico<br>130 camas   | 147                               | 31   | 51   |
| Hospital monográfico pediátrico<br>(alta tecnología)<br>300 camas  | 302                               | 272  | 302  |

\* Plus de especialidad en matrona según el XII Convenio de la XHUP (Xarxa d'Hospitals d'Utilització Pública) para el 2006 y plus de especialidad según las tablas salariales del ICS para el 2006.

La Tabla 56 muestra el impacto económico potencial expresado en porcentaje a partir de los valores mínimos y máximos de la Tabla 55. En base al incremento y la masa salarial en cada uno de los centros hospitalarios, se observa que puede tener un impacto económico de entre el 0,35% y el 2,27% (Tabla 56).

| <b>Tabla 56. Impacto económico potencial sobre la masa salarial de las enfermeras en los hospitales de agudos y hospital monográfico de alta tecnología</b> |                                 |  |  |                     |                     |
|---|---------------------------------|--|--|---------------------|---------------------|
| Tipología de centro   | Masa salarial de las enfermeras | Incremento mínimo con plus de especialista | Incremento máximo con plus de especialista | % Incremento mínimo | % Incremento máximo |
| Hospital alta tecnología 900 camas  | 81.600.000                      | 285.271,57                                 | 475.452,62                                 | 0,35                | 0,58                |
| Hospital de referencia 400 camas  | 19.742.880                      | 112.800,98                                 | 188.001,63                                 | 0,57                | 0,95                |
| Hospital de referencia 200 camas  | 9.166.119                       | 55.196,46                                  | 91.994,10                                  | 0,60                | 1,00                |
| Hospital básico 130 camas   | 6.435.028                       | 47.277,25                                  | 78.795,42                                  | 0,73                | 1,22                |
| Hospital monográfico pediátrico (alta tecnología) 300 camas   | 13.590.000                      | 278.517,12                                 | 309.235,92                                 | 2,04                | 2,27                |

# Discusión

En este apartado se hace una síntesis de los principales resultados obtenidos del análisis de la aprobación y puesta en marcha del título de Grado de Enfermería y del despliegue del Real Decreto de Especialidades oficiales de Enfermería.

## Grado de conocimiento

- En este momento, hay un elevado grado de desconocimiento respecto a los dos temas analizados. Se prevé, en este sentido, que la divulgación de ambas cuestiones generará por sí misma impacto en el ámbito sanitario.
- A pesar de este desconocimiento, las enfermeras se sitúan en una posición más aventajada que el resto de profesionales, ya que muestran un mayor conocimiento de ambas cuestiones y más especialmente en cuanto a las especialidades oficiales.
- El perfil del conocedor del título de Grado es el de una enfermera que trabaja en un hospital de alta tecnología o de referencia, que ya tiene una especialidad (mayoritariamente especialidades antes del nuevo decreto), y con una amplia experiencia laboral de más de 15 años.

El perfil del conocedor de la aprobación del decreto de especialidades es también el de una enfermera que trabaja en un CAP, con o sin especialidad enfermera, con una dilatada experiencia laboral entre 15 y 24 años.

- Los profesionales con menos experiencia laboral (menos de 15 años) son los que menos conocen el decreto de especialidades.

## Opinión sobre el impacto del título de Grado de Enfermería

La visión actual que tienen los profesionales sanitarios más informados con respecto a la puesta en marcha del título de Grado y, en consecuencia, sus impactos, se concreta como sigue.

### Reconocimiento social

Hay unanimidad en considerar que, no inmediatamente pero sí a largo plazo, el título de Grado representará un paso adelante en el reconocimiento social de la profesión de enfermería.

### Efectos del cuarto año de estudios

Se detectan visiones diferentes con respecto a los efectos que el cuarto año académico de los estudios de grado producirá, en relación con la Diplomatura, en la demanda de estudiantes de esta carrera.

Para el colectivo médico y el de auxiliares de enfermería, este cambio no se considera una amenaza y no se espera que decrezca la demanda para estudiar enfermería. Además, en este sentido, a medio y largo plazo el despliegue del título de Grado puede que favorezca un crecimiento del número de estudiantes de enfermería de una carrera doblemente atractiva: el atractivo que tiene actualmente y el atractivo de una carrera de prestigio (en la medida en que aumente su reconocimiento social).

Por contra, el colectivo de enfermería ve con más cautela el retraso en un año de la finalización de la carrera y, en consecuencia, cree que puede hacer decrecer el número de estudiantes.

### Equiparación con otros títulos de Grado

Se mantiene una visión diferenciada en el resto de cambios que puede producir esta cuestión. Para el colectivo de enfermería el Grado los equipará con el resto de grados de un mismo centro sanitario de trabajo y, en este sentido, esta cuestión también contribuirá al reconocimiento social esperado. También creen que el título de Grado facilitará el trabajo en equipo y la colaboración entre los diferentes profesionales.

### Trabajo en equipo

En contraposición, las bondades del Grado en relación con el trabajo en equipo y la equiparación al resto de grados en un mismo centro de trabajo, no son efectos esperados ni por médicos ni por auxiliares de enfermería. Parece que no esperan que estas cuestiones cambien a partir del despliegue del Grado.

### Nuevas funciones

Previamente a plantear posibles escenarios de futuro, es decir, de anticipar qué aportará el título de Grado a la profesión de enfermería en términos de nuevas funciones, cargos y tareas, se ha analizado el presente y, en concreto, las destrezas y conocimientos que los/as enfermeros/as recientemente diplomados no tienen. Sintéticamente, las visiones son las siguientes:

- La autocrítica que realiza la profesión de enfermería va más en la línea de falta de competencias relacionales (liderazgo, comunicación con el paciente y promoción de la salud).



- La visión del colectivo médico es de carencias técnicas, como la falta de decisión clínica y de conocimientos tecnológicos y científicos.
- En línea con enfermería, el colectivo de auxiliares también destaca como carentes las competencias relacionales, más relacionadas con el trabajo en equipo y con el trato con el paciente.

#### Flujos de transferencia de trabajo

En términos de futuro, si bien se considera que con el título de Grado efectivamente habrá un cambio en las funciones que hacen actualmente los profesionales de enfermería, no es tan coincidente la visión de qué funciones, en concreto, podrán ejercer. Esta cuestión está muy relacionada con los flujos de transferencia de trabajo entre profesionales.

Cabe destacar que con relación a las cuestiones relativas al traspaso de algunas funciones entre los colectivos analizados, cuando la formulación ha sido genérica las respuestas han sido favorables a los cambios, si bien, en formulaciones específicas se han detectado reticencias.

- A nivel genérico, la profesión de enfermería es la que más incertidumbre muestra ante esta cuestión. Si bien, entre las funciones que podrían asumir, en el momento de concretarlas, destaca un mayor trabajo en la investigación y la docencia y, en mayor medida que el colectivo médico, creen que podrían hacer prescripciones de fármacos.
- A nivel específico, la transferencia de trabajo entre médicos y enfermeras se diferencia de las respuestas anteriores en lo siguiente:
- Para el colectivo de enfermería, el título permitirá desarrollar la profesión a nivel científico (dirección de proyectos de investigación) y preparará a los graduados para la gestión de prescripciones de algunos medicamentos y para hacer el triaje. En este sentido, la visión de la profesión es de oportunidad de ampliación de las funciones actuales.
- El colectivo médico ve traspasable el triaje, tanto en el ámbito hospitalario como en atención primaria, si bien no se detecta la misma voluntad generalizada en el traspaso de prescripciones de algunos fármacos.
- El colectivo de auxiliares de enfermería considera que se podría traspasar, en primer lugar, el triaje y las tareas de docencia e investigación y, más en un segundo lugar, el traspaso de algunas técnicas invasivas y de las prescripciones de algunos fármacos.

#### Demandas de los centros a las enfermeras

Por último, en relación con las funciones de las enfermeras, se ha analizado lo que demandan los centros sanitarios a los profesionales. El rol que puede desarrollar la enfermera con el despliegue del título, teniendo en cuenta las

distintas visiones de los profesionales entrevistados y encuestados, difiere del rol que actualmente demandan los centros sanitarios a las enfermeras que contratan.

En este sentido, los aspectos más mencionados por los centros se relacionan con la gestión de la información, el conocimiento de protocolos y la metodología del centro. Más en segundo lugar, la demanda hacia estos profesionales es en la capacidad de decidir y trabajar de forma autónoma y mantener al día sus conocimientos teórico-prácticos.

Las enfermeras, junto con estas cuestiones, también indican como demandas actuales que les plantean los centros sanitarios: la tarea de investigación, gestión y docencia, el trabajo en equipo y el fomento de la salud.

## Opinión sobre el impacto de la aprobación de las nuevas Especialidades oficiales de Enfermería

### El perfil del profesional de enfermería especialista actual

La enfermera especialista actual es una persona con una experiencia laboral consolidada, la mayoría con más de 25 años, o bien, alrededor de 20 años de experiencia, que cuenta con una especialidad reconocida antes del decreto, y que actualmente trabaja en el ámbito hospitalario.

### Demanda de convalidación y especialistas

Es de esperar que, de forma generalizada, el profesional de enfermería, que tiene especialidades que puedan ser convalidadas con el despliegue del decreto, haga los trámites para obtener la convalidación de las mismas. El estudio muestra que la mayor parte de los que cuentan con una especialidad anterior al decreto han hecho o están haciendo ya los pasos para obtener el nuevo título. La motivación principal para hacerlo es obtener el reconocimiento de la experiencia y el dominio en un ámbito concreto, más que el simple hecho de tener un título de especialista.

El perfil de quienes han iniciado o están llevando a cabo los trámites es el de una enfermera con 45 años de edad, con una experiencia laboral de más de 15 años y ubicada tanto en un CAP como en hospitales de alta tecnología (en cargos de dirección y en unidades de hospitalización). En términos de impacto a corto plazo, es preciso tener en cuenta que 7 de cada 10 enfermeras hace más de 15 años que trabajan como tales y, por lo tanto, las posibilidades de tener suficiente experiencia en un ámbito como para convalidarla por una especialidad oficial son elevadas.

### Experta vs. generalista

En el caso de las especialidades, en mayor medida que en el del título de Grado, se detectan visiones diferenciadas en cuanto a los tres colectivos estudiados.

Las enfermeras apuestan porque cada vez más la enfermera sea experta en un ámbito y, en menor medida, aprueban moderadamente la figura del profesional generalista que trabaja en el ámbito hospitalario y tiene la capacidad de ser polivalente para cambiar y trabajar en todas las unidades. En contraposición, la visión de los médicos es más partidaria de la polivalencia en el ámbito hospitalario que de generalizar la enfermera experta.

### Reconocimiento de la especialidad

Estos dos colectivos (médico y enfermería) no siempre divergen con respecto a las especialidades. Ambos coinciden en que la especialidad debe estar reconocida a nivel de carrera profesional y, además, la especialidad se traduce en una mayor calidad de asistencia al paciente. Es en esta cuestión donde más diverge la visión de auxiliares de enfermería, así como en el hecho de que la especialidad tenga una traducción a nivel salarial.

### Flujos de transferencia de trabajo

Comparativamente a lo observado con el título de Grado, ante la formulación general, el colectivo médico es quien ve más viable flujos de transferencia de trabajo entre medicina y enfermería y, entre enfermeras y auxiliares. En contraposición, enfermeras y auxiliares son poco optimistas con respecto a esta cuestión.

### Especialidad y puestos de trabajo

En términos generales, para desarrollar el rol asistencial se considera necesario tener una especialidad. No obstante, no todas las especialidades se consideran necesarias en un mismo nivel y, en concreto, bajo el punto de vista de la atención y el cuidado del paciente.

Las especialidades de enfermería que más destacan en este sentido son: Obstetricia-Ginecología, Salud Mental y Pediatría.

Comparativamente, en la atención a diversos colectivos sociales, las enfermeras consideran muy necesaria la especialidad de Familiar y Comunitaria, visión que comparte el colectivo de auxiliares y opuesta a la del colectivo médico, por considerarla poco necesaria para la atención de estos tipos de paciente.

## Especialista vs. experto

Frente a los aspectos más formales del despliegue de las especialidades, en los aspectos de contenido hay matices relevantes. En conjunto, se considera aconsejable que las enfermeras dominen un ámbito concreto, es decir, que sean expertas en una materia. Sin embargo, la expertez no se asocia al título de especialista, sino que mayoritariamente se asocia al ejercicio de la profesión.

Por otra parte, el despliegue de las especialidades, tal como se ha detectado con el título de Grado, puede generar oportunidades de cambio y traspaso de funciones entre profesionales del ámbito sanitario, pero no canjearlo estructuralmente.

## Impacto económico

### Cambio en el reconocimiento económico

Directa o indirectamente, se considera que el tema de las especialidades tendrá una traducción a nivel económico. En este sentido, el efecto más esperado es que la especialización o el dominio de conocimientos en un ámbito esté reconocido a nivel de carrera profesional y, por lo tanto, a nivel del sistema sanitario. A este reconocimiento laboral (promoción laboral), se añade el reconocimiento salarial, ya que se espera que habrá una diferencia salarial por el hecho de tener el título o no tenerlo. Por lo tanto, con el despliegue de las especialidades se puede favorecer que se homogeneicen los criterios de valoración tanto a nivel de carrera profesional como de puestos de trabajo de enfermería.

Un impacto a corto plazo del 1% al 5,6% en la masa salarial de las enfermeras no parece que sea una cifra que impida hacer realidad la demanda del reconocimiento económico de las especialidades aunque inicialmente sea con cifras tan bajas. A largo plazo estas cifras pueden verse incrementadas dado que el reconocimiento económico actual parece muy reducido a ojos de los profesionales.

# Conclusiones

- Alto grado de desconocimiento de los cambios derivados del EEES y el título de Grado en Enfermería y alto grado de desconocimiento del Decreto de las Especialidades oficiales de Enfermería.
- Resulta evidente el acuerdo generalizado del mayor reconocimiento social que puede tener la enfermera como consecuencia del título de Grado.
- Los efectos del cuarto año de estudios para las enfermeras significará una oportunidad para que los profesionales recién titulados tengan una mayor madurez y preparación para incorporarse a la profesión.
- Destaca la visión diferente entre médicos y enfermeras con relación a las carencias de las enfermeras debutantes: los médicos destacan la falta de capacidad para decidir a nivel clínico, mientras que las enfermeras se centran más en la falta de competencias relacionales con los pacientes.
- A pesar de que parece evidente que habrá un cambio en las funciones de la enfermera y los profesionales que la rodean, ningún grupo apuesta claramente por ello.
- Hay una visión diferente con relación a la posible transferencia de flujos de trabajo entre enfermeras y médicos: mientras los médicos apuestan por tareas de tipo técnico o del triaje en urgencias o atención primaria, las enfermeras creen que desarrollarán un mayor rol a nivel científico.
- Es de destacar qué piden los centros a las enfermeras. Se centran fundamentalmente en la protocolización, los sistemas de información y la gestión, mientras que queda en un segundo plano la autonomía y la responsabilidad en la toma de decisiones.
- Se pone también de manifiesto que las enfermeras quieren avanzar en la profesión con la especialización, mientras que el médico aboga por una enfermera generalista.



# Recomendaciones

- Dado el desconocimiento sobre las modificaciones curriculares y de desarrollo de la formación del título de Grado y las especialidades oficiales, debe hacerse un plan de comunicación para que gestores y profesionales conozcan el alcance del significado de estos cambios.
- Hay una coincidencia en la visión, entre enfermeras y médicos, que el título de Grado y las especialidades comportarán un mayor prestigio social para las enfermeras y una mayor calidad asistencial para el sistema. La administración tendrá que articular medidas para aprovechar esta oportunidad y evitar que los profesionales se “quemen” a la espera de este reconocimiento.
- Si las especialidades acaban implementándose habrá que articular el reconocimiento laboral y económico de las mismas.
- Si gran parte de los profesionales pueden acceder a la convalidación de la especialidad en base a su experiencia práctica y formación previa, habrá que definir el mapa de puestos de trabajo para los distintos centros sanitarios para no crear falsas expectativas a los profesionales y dimensionar las necesidades de especialistas en base a este mapa.
- Ante el debate de experto-especialista-generalista, se tendrá que gestionar esta cuestión y se deberán encontrar fórmulas de reconocimiento de la categoría de experto.
- Para gestionar la transferencia de flujos de trabajo es necesario un consenso interprofesional para aprovechar la potencialidad de estas oportunidades.
- En la línea de las transferencias de flujos de trabajo habrá que asegurar que las auxiliares de enfermería tengan una formación sólida y perspectivas de formación continuada para capacitarlas para el desarrollo óptimo de sus tareas.
- Para evitar que durante un año (el cuarto año de formación del título de Grado) no salgan profesionales al mercado de trabajo, es recomendable que se inicien los nuevos estudios de forma escalonada o se busquen fórmulas que palién este impacto tan temido por parte de los gestores de enfermería.

- Dado que hay un consenso generalizado alrededor de la falta de especificidad de la especialidad de Enfermería Médico-Quirúrgica que se considera como un “cajón de sastre”, habrá que revisar esta especialidad y las que demandan en los centros (Enfermería de Urgencias, Enfermería Quirúrgica, Enfermería de Salud Pública).
- Dado que existe una visión compartida de que hay un gran distanciamiento entre los representantes de las universidades y los que tienen responsabilidades en el sistema sanitario, sería recomendable crear una red de relación entre la universidad y el sistema sanitario para que los perfiles profesionales que necesita el sistema se correspondan con las competencias de los alumnos que salen de la universidad.



# Abreviaciones

- ABS: Área Básica de Salud
- ANECA: Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación
- AQU: Agencia para la Calidad del Sistema Universitario en Cataluña
- CA: Comunidad Autónoma
- CAP: Centro de atención primaria
- CCAA: Comunidades Autónomas
- CDEE: Código Deontológico de la Enfermería Española
- CFGS: Ciclo Formativo de Grado Superior
- CIE: Consejo Internacional de Enfermería
- CNECS: Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud
- COD: Código
- COM: Documento de la Comisión
- EAP: Equipos de atención primaria
- EEES: Espacio Europeo de Educación Superior
- EfyC: Enfermera Familiar y Comunitaria
- EU: Escuela Universitaria
- FIS: Fondo de Investigación Sanitaria
- FPII: Formación Profesional de nivel II
- ICS: Institut Català de la Salut
- ISCIII: Instituto de Salud Carlos III
- LBPS: Llibre Blanc de les Professions Sanitàries
- LOSC: Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña
- PAAU: Pruebas de Aptitud para el Acceso a la Universidad
- RRHH: Recursos Humanos
- SSCC: Sociedades Científicas
- UAB: Universidad Autónoma de Barcelona
- UB: Universidad de Barcelona
- UCI: Unidad de Cuidados Intensivos
- UESCE: Unión Española de Sociedades Científicas en Enfermería
- UPM: Unidades Primarias de Muestreo
- USM: Unidades Secundarias de Muestreo



# Bibliografía

- Alexander MF, Runciman PJ. Marco de competencias del Consejo Internacional de Enfermeras para la enfermera generalista. Serie: Normas y competencias. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras; 2003.
- Alonso LE. El grupo de discusión práctica: Memoria social, intertextualidad y acción comunicativa. En: Alonso LE. La mirada cualitativa en sociología. Una aproximación interpretativa. Madrid: Fundamentos; 1998.
- Amezcua M. La entrevista en grupo. Características, tipos y utilidades en investigación cualitativa. *Enferm Clin*. 2003;13(2):112-17.
- ANECA (Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación). Libro Blanco. Título de Grado de Enfermería. Madrid: ANECA; 2004.
- Canales M, Peinado A. Grupos de discusión. En: Delgado M, Gutiérrez J. Métodos y técnicas de investigación en ciencias sociales. Madrid: Síntesis; 1994.
- Código deontológico para enfermeras del Consejo Internacional de Enfermeras. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras; 2000 [citado Nov 2007]. Disponible en: <http://www.icn.ch/ethicsp.htm>
- Código deontológico de la enfermería española. Resolución nº 32/89 por la que se aprueban las normas deontológicas que ordenan el ejercicio de la profesión de enfermería en España con carácter obligatorio.
- Coffey A, Atkinson P. Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Alicante: Universidad de Alicante; 2003.
- Comunicado de Londres, 18 de mayo 2007, Hacia el Espacio Europeo de Educación Superior: respondiendo a los retos de un mundo globalizado (Conferencia de Ministros Europeos responsables de la Educación Superior). [citado Nov 2007]. Disponible en: <http://www.eees.ua.es/documentos.htm>
- Comunicado de Praga, 19 de mayo de 2001, Hacia el Área de la Educación Superior Europea. (Conferencia de Ministros Europeos responsables de la Educación Superior). [citado Nov 2007]. Disponible en: <http://www.eees.ua.es/documentos.htm>
- Conseil National de l'Art Infirmier. Livre blanc de la profession infirmière. Bruxelles: Ministère de la Santé Publique et de l'Environnement; 1992.
- Consejo General de Enfermería de España. Documento: Proyecto para la adecuación de la formación europea al Espacio Europeo de Educación Superior. Madrid: Consejo General de Enfermería; febrero 2004.

- Consejo General de Enfermería de España. Informe sobre recursos humanos sanitarios en España y la Unión Europea; 2007.
- Consejo Internacional de Enfermeras. Definición de enfermera: definición de trabajo. Nueva Zelanda: Consejo Internacional de Enfermeras. Consejo de Representantes Nacionales; 1987.
- Consejo Internacional de Enfermeras. El CIE y la reglamentación: un modelo para el siglo XXI. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras; 1997.
- Consell de Col·legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya. Recomanacions per la dotació d'infermeres a les unitats d'hospitalització. Barcelona: Consell de Col·legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya; diciembre 2006.
- Contribución del Consejo General de Enfermería a la integración de la enfermería en el Espacio Europeo de la Educación Superior. Madrid: Consejo General de Enfermería; 2003 [citado Nov 2007]. Disponible en: <http://www.cge.enfermundi.com>
- Curtis EA, Redmond R. Focus groups in nursing research. Nurs Res. 2007;14(2):25-37.
- Declaración de Bergen, 19-20 de mayo de 2005, El Espacio Europeo de Educación Superior - Alcanzando las metas (Conferencia de Ministros Europeos responsables de la Educación Superior). [citado Nov 2007]. Disponible en: <http://www.eees.ua.es/documentos.htm>
- Declaración de Berlín, 19 de septiembre de 2003, Educación Superior Europea (Conferencia de Ministros Europeos responsables de la Educación Superior). [citado Nov 2007]. Disponible en: <http://www.eees.ua.es/documentos.htm>
- Declaración de Bolonia, 19 de junio de 1999, El Espacio Europeo de Educación superior (Conferencia de Ministros Europeos responsables de la Educación Superior). [citado Nov 2007]. Disponible en: <http://www.eees.ua.es/documentos.htm>
- Declaración de La Sorbona, 25 de mayo de 1998, Declaración conjunta para la armonización del diseño del Sistema de Educación Superior Europeo a cargo de los cuatro ministros representantes de Francia, Alemania, Italia y el Reino Unido (Conferencia de Ministros Europeos responsables de la Educación Superior). [citado Nov 2007]. Disponible en: <http://www.eees.ua.es/documentos.htm>
- Decreto de 26 de julio de 1957 (BOE de 23 de agosto), de creación de la especialización en Fisioterapia. Disponible en: <http://www.boe.es>
- Decreto de 29 de marzo de 1962 (BOE de 13 de abril de 1962), de creación de la especialidad de Podología. Disponible en: <http://www.boe.es>
- Decreto-Lei nº 437/91, de 8 noviembre 1991, Regime Legal da carreira de enfermagem. Portugal: Diário da República. Ministério de Saúde.

- Décret n° 93-345, du 15 mars 1993, relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. Paris: Ministère de la Santé. Journal officiel de la République française. [citado Nov 2007]. Disponible en: [http://www.infirmier-general.com/d93\\_345.html](http://www.infirmier-general.com/d93_345.html)
- Dicicco-Bloom B, Crabtree BF. The qualitative research interview. *Med Educ.* 2006; 40(4): 314–21.
- Direcció General de Planificació i Avaluació. Estudi sobre l'estat de situació de la infermeria dels EAP de Catalunya. Barcelona: Direcció General de Planificació i Avaluació. Departament de Salut; 2004 [citado Nov 2007]. Disponible en: <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/infgen.pdf>
- Directiva 77/452 CEE del Consejo, de 27 de junio de 1977, sobre el reconocimiento recíproco de los diplomas, certificaciones y otros títulos de enfermero responsable de cuidados generales.
- Directiva 77/453/CEE del Consejo, de 27 de junio de 1977, sobre coordinación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas relativas a las actividades de los enfermeros responsables de cuidados generales [citado Nov 2007]. Disponible en: [http://www.mec.es/univ/html/normativa/alumnos/titulaciones/normativa\\_UE/di453-77.pdf](http://www.mec.es/univ/html/normativa/alumnos/titulaciones/normativa_UE/di453-77.pdf)
- Directiva 80/154/CEE del Consejo, de 21 de enero de 1980, sobre reconocimiento recíproco de diplomas, certificados y otros títulos de matrona y que contiene además medidas destinadas a facilitar el ejercicio efectivo del derecho de establecimiento y de libre prestación de servicios [Acceso en noviembre de 2007]. Disponible en: [http://www.mec.es/univ/html/normativa/alumnos/titulaciones/normativa\\_UE/di154-80.pdf](http://www.mec.es/univ/html/normativa/alumnos/titulaciones/normativa_UE/di154-80.pdf)
- Directiva 80/155/CEE del Consejo, de 21 de enero de 1980, sobre la coordinación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas relativas al acceso a las actividades de matrona o asistente obstétrico y al ejercicio de las mismas [Acceso en noviembre de 2007]. Disponible en: [http://www.mec.es/univ/html/normativa/alumnos/titulaciones/normativa\\_UE/di155-80.pdf](http://www.mec.es/univ/html/normativa/alumnos/titulaciones/normativa_UE/di155-80.pdf)
- Elías A, Esteve C, Esteve N, Pagès J, Pera I, Peya M. Competències de la professió d'infermeria. Barcelona: Consell Català d'Especialitats en Ciències de la Salut; 1999.
- Escuela Universitaria de Enfermería Santa Madrona. La formación enfermera: estado de la cuestión y perspectiva internacional. Barcelona: Fundació “la Caixa”; 2004.
- Esteve J. Evolución de la demanda de acceso a los estudios de enfermería en Cataluña. Tesis doctoral.

- Gairín J, Feixas M, Guillamón C, Quinquer. La tutoría académica en el escenario europeo de Educación superior. *Rev Interuniv Form Profr.* 2004;18(1):61-77.
- Giuffre M. Designing research survey design - part one. *J Perianesth Nurs.* 1997;12(4):275-80.
- Hasson F, Keeney S, McKenna H. Research guidelines for the Delphi survey technique. *J Adv Nurs.* 2000;32(4):1008-15.
- Henderson V. Principios básicos de los cuidados de enfermería. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras; 1977.
- Irish Nursing Organization. Nursing working for nursing. Dublin: Irish Nursing Organization; [citado Nov 2007]. Disponible en: <http://www.ino.ie>
- Jackson P. Focus group interviews as a methodology. *Nurs Res.* 1998;6(1):72-84.
- Johnson M, Marsden J, Day E. Practical issues in survey sampling. *Aust J Adv Nurs.* 1998;15(3):38-45.
- Johnson RB, Onwuegbuzie AJ, Turner LA. Toward a definition of mixed methods research. *J Mixed Methods Res.* 2007;1(2):112-33.
- Keeney S, Hasson F, McKenna H. Consulting the oracle: ten lessons from using the Delphi technique in nursing research. *J Adv Nurs.* 2006;53(2):205-12.
- Kennedy HP. Enhancing Delphi research: methods and results. *J Adv Nurs.* 2004;45(5):504-11.
- Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de universidades. [citado Nov 2007]. Disponible en: [http://www.usal.es/~posgradosoficiales/docs/LO\\_6\\_2001.pdf](http://www.usal.es/~posgradosoficiales/docs/LO_6_2001.pdf)
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. [citado Nov 2007]. Disponible en: [http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/transparencia/LEY\\_COHESION\\_Y\\_CALIDAD.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/transparencia/LEY_COHESION_Y_CALIDAD.pdf)
- Ley 44/2003 de 21 de noviembre del 2003 de ordenación de las profesiones sanitarias. [citado Nov 2007]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2003/11/22/pdfs/A41442-41458.pdf>
- Libro Blanco de las profesiones sanitarias en Cataluña. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya; 2003 [citado Nov 2007]. Disponible en: <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/eslibroblanco.pdf>
- Mansell I, Bennett G, Northway R, Mead D, Moseley L. The learning curve: the advantages and disadvantages in the use of focus groups as a method of data collection. *Nurs Res.* 2004;11(4):79-88.

- Medina Moya JL. ¿Teoría? ¿Práctica?: El difícil equilibrio académico y profesional en la España "pre-europea" (II). *Rev Rol Enferm.* 2005;28(4):6-8.
- Medina Moya JL. El difícil equilibrio académico y profesional en la España «pre-europea» (I). *Rev Rol Enferm.* 2005;28(2):8-10.
- Melia K. Conducting an interview. *Nurs Res.* 2000;7(4):75-89.
- Morgan DL. Practical strategies for combining qualitative and quantitative methods: applications to health research. *Qual Health Res.* 1998;8(3):362-76.
- Morse JM. *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa.* Alicante: Universidad de Alicante; 2003.
- Nursing & Midwifery Council. *Standards of proficiency for pre-registration nursing education.* London: Nursing & Midwifery Council; 2006 [citado Nov 2007]. Disponible en: <http://www.nmc-uk.org>
- Orden, de 11 de julio de 1988, por el que se constituye el Comité asesor de especialidades de enfermería. [Acceso en noviembre 2007]. Disponible en: <http://www.codem.es/Documentacion.asp?id=147>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). *La salud para todos en el siglo XXI.* Ginebra: OMS; 1999 [citado Nov 2007]. Disponible en: [http://ftp.who.int/gb/archive/pdf\\_files/WHA51/sa5.pdf](http://ftp.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA51/sa5.pdf)
- Peiró R. *El grupo de discusión en el entorno sanitario.* Valencia: Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública; 1996. *Quaderns de Salut Pública i Administració de Serveis de Salut*, núm. 8.
- Pope C, Van Royen P, Baker P. Qualitative methods in research on healthcare quality. *Qual Saf Health Care.* 2002;11:148-152.
- Posición del Consejo General de Enfermería sobre la integración de las enseñanzas de enfermería en el Sistema Universitario Español en el Espacio Europeo de Enseñanza Superior. Madrid: Consejo General de Enfermería; [citado Nov 2007]. Disponible en: <http://www.cge.enfermundi.com>
- Prescott P. Nursing: An important component of hospital survival under a reformed health care system. *Nurs Econ.* 1993;11(4):192-9.
- Proyecto para la adecuación de la formación enfermera al Espacio Europeo de Enseñanza Superior. Madrid: Consejo General de Enfermería; [citado Nov 2007]. Disponible en: <http://www.cge.enfermundi.com>
- Real Decreto 2128/1977, de 23 de julio, sobre integración en la universidad de las escuelas de ayudantes técnicos sanitarios como escuelas universitarias de enfermería. [citado Nov 2007]. Disponible en: <http://enfermeros.org/Legislacion-RD-2128-1977-IntegracionATS-EscuelasUniv.pdf>



- Real Decreto 2965/1980, de 12 de diciembre, sobre integración en la Universidad de los estudios de Fisioterapia como Escuelas Universitarias de Fisioterapia. [citado Nov 2007]. Disponible en: [http://www.boe.es/g/es/bases\\_datos/doc.php?coleccion=iberlex&id=1982/23570&codmap](http://www.boe.es/g/es/bases_datos/doc.php?coleccion=iberlex&id=1982/23570&codmap)
- Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, por el que se regula la obtención del Título de Enfermero Especialista. [Acceso en noviembre 2007]. Disponible en: [http://www.mec.es/univ/html/normativa/ccss/16\\_RD992\\_1987.pdf](http://www.mec.es/univ/html/normativa/ccss/16_RD992_1987.pdf)
- Real Decreto 1497/1987, de 27 de noviembre, por el que se establecen directrices generales comunes de los planes de estudio de los títulos universitarios de carácter oficial y validez en todo el territorio nacional. Modificado por Real Decreto 1267/1994, de 10 de junio, BOE de 11 de junio. [citado Nov 2007]. Disponible en: [http://www.mec.es/univ/html/normativa/alumnos/titulaciones/directrices\\_generales/rd614-97.pdf](http://www.mec.es/univ/html/normativa/alumnos/titulaciones/directrices_generales/rd614-97.pdf)
- Real Decreto 1466/1990, de 26 de octubre, por el que se establece el título universitario oficial de Diplomado en Enfermería y las directrices generales propias de los planes de estudios conducentes a la obtención de aquel. [citado Nov 2007]. Disponible en: [http://www.mec.es/univ/html/normativa/alumnos/titulaciones/titulaciones\\_gobierno/ciencias\\_experimentales\\_d/rd1466-90.pdf](http://www.mec.es/univ/html/normativa/alumnos/titulaciones/titulaciones_gobierno/ciencias_experimentales_d/rd1466-90.pdf)
- Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos Generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de enfermería. [citado Nov 2007]. Disponible en: <http://www.colegioenfermeriamalaga.com/Web/Colegio/Estatutos%20Actualizados%202001.pdf>
- Real Decreto 1044/2003, de 1 de agosto, por el que se establece el procedimiento para la expedición por las universidades del Suplemento Europeo al título. [citado Nov 2007]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2003/09/11/pdfs/A33848-33853.pdf>
- Real Decreto 1125/2003, de 5 de septiembre, por el que se establece el sistema europeo de créditos y el sistema de calificaciones en las titulaciones universitarias de carácter oficial y validez en todo el territorio español. [citado Nov 2007]. Disponible en: <http://www.sacu.us.es/doc/Ley14.pdf>
- Real Decreto 55/2005, de 21 de enero, por el que se establece la estructura de las enseñanzas universitarias y se regulan los estudios universitarios oficiales de Grado. [citado Nov 2007]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2005/01/25/pdfs/A02842-02846.pdf>



- Real Decreto 56/2005, de 21 de enero, por el que se regulan los estudios universitarios oficiales de Posgrado. [Acceso en noviembre 2007]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2005/01/25/pdfs/A02846-02851.pdf>
- Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería. [citado Nov 2007]. Disponible en: <http://www.mec.es/universidades/especialidadesenfermeria/files/a-15480-15486.pdf>
- Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. [citado Nov 2007]. Disponible en: <http://www.mec.es/mecd/gabipren/documentos/files/2007-ensenanzas-univ-texto-rd.pdf>
- Reichert S, Tauch C. Trends in Learning structures in European Higher Education III. Bologna four year after. Steps towards sustainable reform of higher education in Europe (Trends III). Brussels (Belgium): European University Association (EUA); 2003.
- Rose K. Unstructured and semi-structured interviewing. *Nurs Res*. 1994;1(3):23–33.
- Ruiz Olabuénaga JI, Ispizua MA. La decodificación de la vida cotidiana. Métodos de investigación cualitativa. Bilbao: Universidad de Deusto; 1989.
- Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín (Colombia): Editorial Universidad de Antioquia; 2002.
- Tuning Educational Structures in Europe. Proyecto Tuning 2000-2004. Presentación general. La metodología Tuning (presentación en Internet). [Acceso en noviembre 2007]. Disponible en: <http://www.unizar.es/enfez/enfermeria/16012004.pdf>
- Tuning Educational Structures in Europe. [Acceso en noviembre 2007]. Disponible en: Informe final fase I; 2003. Disponible en: [http://www.relint.deusto.es/TUNINGProject/spanish/doc\\_fase1/Tuning\\_Educational\\_1.pdf](http://www.relint.deusto.es/TUNINGProject/spanish/doc_fase1/Tuning_Educational_1.pdf)
- Tuning Educational Structures in Europe. Una introducción a Tuning Educational Structures in Europe. La contribución de las universidades al proceso de Bolonia; 2006. [Acceso en noviembre 2007]. Disponible en: [http://tuning.unideusto.org/tuningeu/images/stories/template/General\\_Brochure\\_Spanish\\_version.pdf](http://tuning.unideusto.org/tuningeu/images/stories/template/General_Brochure_Spanish_version.pdf)
- Whitehead D. Is there a place for epidemiology in nursing? *Nurs Stand*. 2000;14(42):35-8.

- WHO European Strategy for Nursing and Midwifery Education. Nurses and midwives for health. Section 1–8: Guidelines for Member States on the implementation of the strategy. Copenhagen (Denmark): Nursing and Midwifery Programme. World Health Organization Regional Office for Europe; 2001. [Acceso en noviembre 2007]. Disponible en: <http://www.euro.who.int/document/e72918.pdf>
- WHO European Strategy for Nursing and Midwifery Education. Nurses and midwives for health. Section 9: Prospective Analysis Methodology Questionnaire. Copenhagen (Denmark): Nursing and Midwifery Programme. World Health Organization Regional Office for Europe; 2001. [Acceso en noviembre 2007]. Disponible en: <http://www.euro.who.int/document/e72922.pdf>

## ANEXO 1: Consentimiento informado

Este estudio se lleva a cabo desde la Cátedra de Gestión, Dirección y Administración Sanitarias (UAB). Su objetivo es valorar el impacto potencial de los acuerdos de Bolonia y de las nuevas Especialidades de Enfermería en el Sistema de Salud de Cataluña. El diseño se estructura en varias fases, y los grupos de discusión pertenecen a la segunda fase del estudio general.

Para nosotros es muy importante conocer su opinión como persona experta por su trayectoria profesional.

Esta sesión consistirá en intercambiar puntos de vista con otras personas también expertas en el tema. Para poder analizar posteriormente las diferentes aportaciones de los miembros del grupo se grabarán sus intervenciones.

Usted es libre de participar o abandonar el grupo de discusión si en algún momento se siente incómodo y no desea continuar participando.

Le garantizamos el anonimato y la confidencialidad de la información así como que se utilizará la información para los fines expuestos.

En estas condiciones acepto participar en este estudio

Barcelona, febrero del 2007

Firma participante

Firma investigadores





MINISTERIO  
DE SANIDAD  
Y CONSUMO

[www.msc.es](http://www.msc.es)